

# L'UNION MÉDICALE DU CANADA

Revue mensuelle de Médecine, Chirurgie,  
Obstétrique, Pédiatrie, Thérapeutique, Hygiène.

LA PLUS ANCIENNE REVUE MEDICALE FRANCAISE  
AU CANADA.

FONDÉE EN 1872.

---

**TOME XXXV**

---

*Contenant les travaux de MM.*

BENOIT, BERNIER, BOULET, BOURGOUIN, CHAGNON, D'AMOURS, DARDEL, DE-  
BLOIS, DECOTRET, DESJARDINS, DUBÉ, DUVAL, FORTIER, FOUCHIER, GAU-  
THIER, GREGOR, HEINECK, HERVIEUX, JOYAL, LARAMÉE, LASNIER, LAU-  
RENDEAU, LESAGE, LORAND, MARSAN, MERCIER, O.-F., PELLETIER, RIÉ-  
AUME, RIVERIN, ROUSSEAU, ROY, SIROIS, ST-JACQUES, ST-PIERRE, VALIN.



1906.

## NOUVELLES

---

LA SEMAINE MÉDICALE. — Molière, qui a dit beaucoup de mal des médecins a écrit les vers suivants sur l'emploi de la semaine médicale :

*Lundi* je verrai le malade ;  
Vous irez le saigner *mardi* ;  
Vous prescrirez la limonade ;  
Vous le purgerez *mercredi* ;  
*Jedi*, je ferai ma visite ;  
*Vendredi* soir, il testera ;  
Et si la cure marche vite,  
Le *Dimanche* on l'enterrera !

LE SURMENAGE AIGU : après avoir énuméré les causes du surmenage, un médecin français en donne le symptôme prémonitoire le plus important : il consiste dans la *dissociation de la faim et de la soif* ; la faim disparaît, en même temps que la soif devient de plus en plus vive.

PHOPHYLAXIE DES MALADIES VÉNÉRIENNES. — Il n'est pas certain que la *pommade au calomel* prévienne l'inoculation de la syphilis : observations : 1° contamination malgré une friction immédiate ; 2° pansement immédiat au sublimé ayant supprimé l'accident primitif mais n'empêchant pas l'éclosion d'accidents secondaires trois mois après. Les succès de la méthode pourraient être attribués à une simple action mécanique.

LA TULASE DE BEHRING. — La guérison de la tuberculose humaine pressentie par le savant Allemand, il y a plus d'une année, semble un mythe. A l'occasion d'une visite récente de savants français à son laboratoire, Behring a ajourné *sine die* la proclamation promise il y a 14 mois. D'autre part, M. Vallée, médecin en chef de l'Ecole d'Alfort, en France, vient de jeter un épais voile sur l'avenir de cette méthode en démontrant que deux génisses inoculées avec la tulase et ultérieurement infectées par une culture de bacilles tuberculeux ont succombé à la tuberculose après un contact permanent avec des vaches tuberculeuses.

Le bluff allemand n'a vraiment pas plus de chance en science qu'en politique avec le *bon sens français*.

# MEMOIRES

## EMPYEME ET SINUSITE MAXILLAIRES. DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT (1).

Par le Dr J.-N. ROY,

Membre de la Société française d'Ophthalmologie, membre correspondant de la Société française  
d'Oto-rhino-laryngologie, médecin assistant au dispensaire d'ophtalmologie à  
l'Hotel-Dieu de Montreal, Officier d'Académie.

Pendant ces dix dernières années, la chirurgie nasale a fait d'immenses progrès, surtout depuis les travaux remarquables de Luc de Paris. Cet auteur a étudié d'une manière spéciale les sinus de la face, et a grandement contribué à notre avancement en rhinologie, en nous donnant de brillantes méthodes opératoires. Cette communication sera un résumé des connaissances thérapeutiques que nous avons sur les maladies chroniques du sinus maxillaire, sujet que la Société d'Odontologie canadienne-française, m'a fait l'honneur de m'appeler à discuter devant elle.

Jadis, toutes les suppurations de l'antre d'Highmore étaient invariablement traitées par une canule que l'on faisait pénétrer dans ce dernier, après extraction d'une molaire et perforation de l'alvéole. Cooper au XVIII<sup>ème</sup> siècle eut le premier l'idée de cette petite opération, et préconisa de grands lavages du sinus avec divers antiseptiques, qui étaient employés très souvent indéfiniment. Connaissant mieux de nos jours la pathogénie de cette affection, nous sommes plus en état de lutter avec succès contre ses ravages, surtout depuis que nous avons appris à faire un diagnostic entre l'empyème du sinus maxillaire et la sinusite vraie. Pour mieux vous faire saisir la différence qui existe entre ces deux maladies, je serai forcé de vous dire quelques mots d'étiologie dans le cours de ce travail. Vous me permettrez également de vous présenter quelques dessins qui, je l'espère, vous rendront ma communication plus intéressante.

\* \* \*

(1) Communication à la Société Médicale de Montreal, séance du 12 décembre 1905.

### A. — Sinusite maxillaire vraie.

Lorsqu'un malade se présente à nous avec une suppuration de l'antre d'Highmore, il s'agit de savoir quel est le siège de la lésion. Les récents travaux de Larmoyez et Mahu, si clairs et si précis, ont largement contribué à agrandir sur ce sujet le champ de nos connaissances actuelles. En effet ces auteurs nous enseignent que dans la sinusite maxillaire, les parois du sinus sont malades; et le pus se trouve en conséquence fourni par la cavité elle-même. La muqueuse dégénère en une couche de tissu fongueux et myxomateux, et l'épaisseur peut atteindre et dépasser un centimètre. En d'autres termes, la sinusite vraie est une fabrique de pus fait sur place (fig. 1).

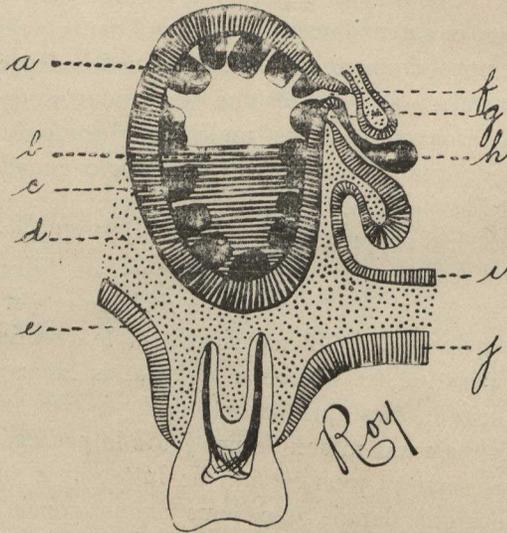


FIG. 1. — Sinusite maxillaire.

- |                                      |                           |
|--------------------------------------|---------------------------|
| a, bourgeon de la muqueuse sinusale. | f, ostium du sinus.       |
| b, pus dans le sinus.                | g, méat moyen.            |
| c, muqueuse du sinus hypertrophiée.  | h, polype muqueux du nez. |
| d, paroi osseuse.                    | i, muqueuse nasale.       |
| e, muqueuse gingivale.               | j, muqueuse palatine.     |

Cette affection a pour origine une sinusite aiguë, complication d'une rhinite à forme grippale; ou encore la transformation de l'empyème maxillaire en sinusite chronique, par altération de la muqueuse et formation de bourgeons.

### B. — Empyème maxillaire.

Dans l'empyème maxillaire, le pus se trouve seulement collecté dans cette cavité sans altération de la paroi. Ce pus peut avoir pour origine un abcès dentaire; ou encore venir du nez par l'ostium, à la suite d'une sinusite frontale, sphénoïdale ou ethmoïdale. Dans ces cas, la muqueuse est normale; et le sinus agit comme entrepôt de pus de provenance étrangère. Il peut rester en contact avec la muqueuse du sinus pendant bien longtemps sans l'altérer. Cependant à la longue, cette dernière peut venir à s'infecter et suppurer à son tour. Heureusement cette transformation demande beaucoup de temps à s'effectuer, contrairement à ce qui se passe dans les sinusites aiguës d'origine nasale, où le pus en stagnation attaque très vite une muqueuse qui, parce qu'elle est altérée dès les premiers jours, se trouve en état de moindre résistance.

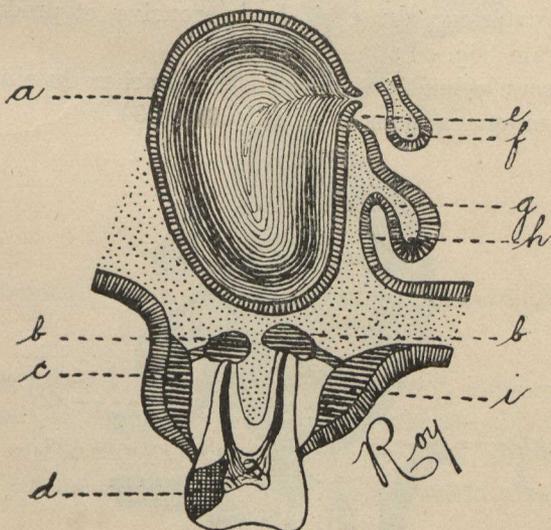


FIG. 2. — Carie et abcès dentaires,

- |  |   |
|--|---|
| <p><i>a</i>, muqueuse normale du sinus.<br/> <i>b</i>, abcès dentaires.<br/> <i>c</i>, parulie gingivale.<br/> <i>d</i>, carie dentaire au quatrième degré.<br/> <i>e</i>, méat moyen.</p> | <p><i>f</i>, cornet moyen.<br/> <i>g</i>, cornet inférieur.<br/> <i>h</i>, méat inférieur.<br/> <i>i</i>. parulie palatine.</p> |
|--|---|

### Etiologie de l'empyème maxillaire.

La cavité du sinus maxillaire, vus ses rapports anatomiques, peut être infectée par deux voies différentes :

1° L'infection peut venir à la suite d'une périostite et abcès dentaire, qui auraient perforé l'alvéole et la muqueuse sinusale ; hypothèse qui nous occupera le plus dans cette communication.

2° L'infection peut également venir des fosses nasales par l'orifice naturel du sinus qui se trouve dans le méat moyen. Je ne m'arrêterai pas d'avantage sur ce dernier mode de propagation, et aborderai immédiatement la voie dentaire.

Un abcès apical de la racine d'une dent peut s'extérioriser de trois manières différentes :

a) Le pus peut cheminer vers l'intérieur, du côté du palais, décoller la muqueuse, produire un abcès sous-périosté, et plus tard déterminer une fistule palatine (fig. 2) ;

b) Vers l'extérieur, du côté de la gencive, et produire une fistule gingivale (fig. 2) ;

c) Enfin vers le haut en perforant le plancher du sinus, et en soulevant la muqueuse sans la détruire (fig. 3).

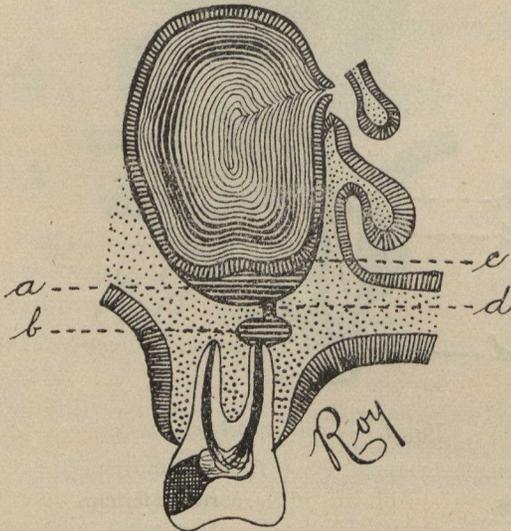


FIG. 3. — *Parulie fermée.*

a, pus dans le sinus.

b, abcès apical.

c, muqueuse du sinus décollée.

d, perforation du plancher du sinus.

Lorsque le pus a séjourné pendant un certain temps dans cet endroit, la muqueuse sinusale s'altère et se perforé, cette cavité se remplit de matière; et nous sommes alors en présence d'un empyème maxillaire (fig. 4).

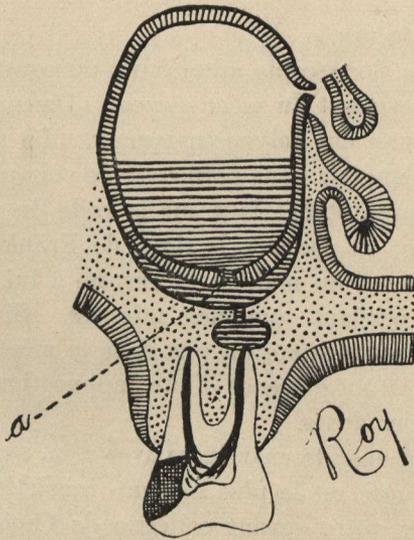


FIG. 4. — *Empyème maxillaire.*

a, perforation de la muqueuse sinusale et envahissement de la cavité par le pus.

Dans certaines circonstances, l'alvéole et la muqueuse du sinus se perforent en même temps sans qu'il y ait décollement de celle-ci. Tel est le mode de formation de cette affection si bien étudiée récemment par Mahu, et dont les travaux m'ont inspiré.

\* \* \*

#### DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DE LA SUPPURATION MAXILLAIRE

Un malade qui se plaint de moucher du pus, doit être examiné méthodiquement, afin de savoir quelle en est l'origine. Naturellement je ne parlerai ici que du sinus maxillaire. Nous avons à notre disposition plusieurs moyens pour nous aider à faire un diagnostic; entr'autres:

- 1° Examen du nez,
- 2° Examen des dents,
- 3° Eclairage,
- 4° Ponction exploratrice,
- 5° Signe de Mahri,
- 6° Signe de Guisez-Guérin.

### 1° Examen du nez.

En faisant la rhinoscopie antérieure, on constate une certaine quantité de pus venant du méat moyen. Dans certaines circonstances, il y a aussi des polypes muqueux. La rhinoscopie postérieure peut quelquefois nous permettre de voir un peu de matière venant des choanes, et s'étalant sur le voile du palais. Je mentionne également en passant, le signe de Fränkel, qui consiste à bien nettoyer le nez du malade, et ensuite à lui faire pencher la tête en avant pendant quelques minutes. Si à la suite d'un nouvel examen, on constate du pus dans le méat moyen, on peut supposer qu'on est en présence d'une suppuration maxillaire.

### 2° Examen des dents.

Les dents sont ensuite examinées avec soin, surtout la première grosse molaire qui est le plus souvent incriminée dans ces maladies. D'après votre savant collègue de Croÿs, les dents qui sont les plus aptes à produire l'infection du sinus, sont les suivantes par ordre de fréquence :

- 1° Première grosse molaire.
- 2° Deuxième petite molaire,
- 3° Deuxième grosse molaire,
- 4° Première petite molaire et canine,
- 5° Troisième grosse molaire.

La carie au quatrième degré, les fistules d'origine dentaire, ainsi que la douleur à la percussion doivent spécialement attirer l'attention.

### 3° Eclairage.

a) *Signe de Heryng.* — Le malade est examiné dans un appartement parfaitement noir. Une petite lampe électrique spéciale de six à huit volts est introduite dans sa bouche qu'il maintient fermée. En faisant passer le courant, les deux côtés de la figure doivent s'éclairer également. Si un côté est sombre, il y a probablement du pus dans le sinus correspondant.

b) *Signe de Vohsen-Davidsohn.* — Pendant l'éclairage de la face, les pupilles normalement sont lumineuses. Si l'une d'elles est obscure, nous serons probablement en présence d'une suppuration de l'antre; et ce signe a une grande importance.

c) *Signe de Garel-Burger.* — À l'état normal les yeux du malade étant fermés, à l'éclairage il devra percevoir la lumière des deux côtés.

Luc nous dit cependant que la valeur diagnostic de ces divers signes n'est pas absolue. Ainsi il suffit d'une épaisseur tant soit peu prononcée des os de la face, pour empêcher la translumination de l'œil ou de la région sous-orbitaire, en dehors de toute suppuration du sinus.

On rencontre également des faits exceptionnels dans lesquels la pupille s'éclaire, malgré un emphyème maxillaire vérifié à l'opération.

#### 4° Ponction.

A Moritz-Schmidt revient l'honneur d'avoir eu le premier l'idée de la ponction du sinus maxillaire. Celle-ci se fait avec un trocart spécial que l'on introduit dans l'antre par le méat inférieur cocaïnisé, à quatre centimètres environ de l'entrée de la narine. On peut également faire pénétrer l'instrument par le méat moyen, mais avec un certain danger, surtout pour le globe oculaire. L'aiguille enlevée, on fait par la canule un lavage du sinus avec une solution antiséptique: et s'il y a de la matière elle est chassée au dehors en passant par l'orifice naturel. Dans le cas où le lavage ne ramène pas de pus, il ne faut pas nécessairement conclure qu'il n'y en a pas: car nous avons des observations où on a trouvé un diaphragme membraneux qui séparait le sinus en deux parties.

#### 5° Signe de Mahu, signe de capacité.

Ce signe est basé sur ce fait qu'il n'est pas de sinusite maxillaire chronique sans épaississement plus ou moins considérable dès les premières semaines; et plus tard une dégénérescence fongueuse et myxomateuse de la muqueuse sinusale, et par conséquent sans une diminution très accentuée et toujours appréciable de la capacité du sinus. Cette épreuve se fait de la manière suivante: le malade est assis et sa tête est maintenue immobile, dans une position bien droite. Après une application de cocaïne, on introduit un trocart dans le sinus par le méat inférieur, et l'on

fait un grand lavage pour chasser le pus qu'il renfermait. Cette cavité se trouve donc rempli de liquide, jusqu'au niveau d'un plan horizontal passant par l'ostium, puisque le trop-plein s'écoule par cet orifice. On ajuste alors à la canule la seringue de Roux, et en retirant doucement son piston, on fait passer dans cette seringue tout le liquide contenu antérieurement dans le sinus. Il ne reste plus ensuite qu'à regarder la division qui indiquera en centimètres cubes la capacité approximative de l'autre. Mahu termine en disant que : "Quelle que soit la capacité du sinus à l'état " sain, on conclut à l'existence d'un sinusite maxillaire chronique " vraie, toutes les fois que la quantité de liquide aspiré sera " inférieure à un centimètre cube et demi; et à un empyème " maxillaire lorsque la quantité de liquide sera supérieure à ce " chiffre."

#### 6° Signe de Guisez-Guérin.

Après avoir reconnu une suppuration maxillaire par l'obscurité de la joue et de la pupille à l'éclairage de la face; et avoir corroboré le diagnostic par une ponction, on termine immédiatement l'examen par un nouvel éclairage. Si cette fois-ci la pupille s'éclaire, on portera le diagnostic d'empyème; si elle est encore obscure, on conclura à une sinusite maxillaire.

\* \* \*

### TRAITEMENT DE LA SUPPURATION MAXILLAIRE

#### A. — Empyème du sinus.

Quelle que soit l'origine de la suppuration maxillaire, il est du devoir du médecin de faire examiner, par un dentiste, les dents de son patient afin de pouvoir le traiter plus scientifiquement. Lorsque l'empyème maxillaire est reconnu, et que les dents semblent être en cause, Lermoyez s'exprime ainsi : " L'extraction " de la dent malade doit être pratiquée doucement, de façon à ne " pas créer de communication alvéolo-sinusale, si celle-ci n'existe " pas encore. Cela fait, deux conditions se présentent. Ou bien " le sinus communique avec la bouche: alors il faut profiter de " cette voie pour faire des lavages évacuateurs du sinus, mais " surtout sans l'élargir et sans y mettre de drain. Ce n'est qu'au " cas où l'on sentirait de petits séquestres alvéolaires qu'on serait

“ autorisé à curetter l'alvéole et à le cautériser afin d'hâter la guérison. Ou bien le sinus ne communique pas avec la bouche; gardons-nous bien d'établir cette communication, et évacuons le pus de l'emphyème à l'aide d'un lavage fait par la voie nasale.”

Dans le cas d'emphyème d'origine buccale, l'abcès étant ouvert par l'extraction de la dent, il sera très facile de guérir cette maladie par quelques lavages antiseptiques du sinus. Le médicament employé doit être bien dilué; car on compte plutôt sur l'effet mécanique de l'irrigation que sur l'action antiseptique du remède lui-même.

En présence d'un malade qui refuserait à se laisser extraire une molaire, le dentiste pourrait peut-être essayer de drainer un abcès dentaire, et même d'évacuer le pus du sinus par un lavage en se servant du canal pulpaire de la racine palatine. Cette racine est toujours la plus incriminable dans les emphyèmes d'origine dentaire; et quelquefois elle est en rapport direct avec la muqueuse sinusale. Cependant le résultat sera toujours problématique; et le plus souvent il faudra recourir à l'extraction.

Si le lavage du sinus est fait par le nez, pour un emphyème nasal, il vaut mieux faire tout de suite une ponction par le méat inférieur. En effet il est très difficile de bien laver cette cavité par son orifice naturel; car outre l'anatomie compliquée de cette partie, le liquide sera obligé de revenir en passant près de la soude, et le lavage sera incomplet. Hajek et Lermoyez ont fait l'expérience suivante: un lavage du sinus est pratiqué par l'ostium et le liquide en sort clair; immédiatement après une ponction à travers le méat inférieur, ramène du pus grumuleux. Ceci prouve que le liquide pénétrant par l'orifice naturel aborde le sinus maxillaire par sa partie supérieure, et sort au même point; de sorte que le courant brasse mal le fond de cette cavité.

#### B. — Sinusite maxillaire vraie.

Lorsque le diagnostic de sinusite maxillaire vraie aura été établie grâce aux ingénieux moyens de Guisez-Guérin et de Mahu, le malade sera encore dirigé chez le dentiste si sa bouche est suspecte. Celui-ci après avoir fait l'extraction de la dent cariée se gardera bien d'ouvrir le sinus, et encore plus de mettre un drain. Cependant s'il constatait de la périostite et un séquestre, il serait justifiable de tenter son ablation. Bien souvent ses efforts seront

impuissants, et le séquestre ne pourra être enlevé que par la cure radicale. En effet, il vaut mieux guérir la genouve avant d'aborder directement le sinus; car l'existence d'une fistule alvéolaire est une condition défavorable pour la réussite d'une opération ultérieure. Je ne parlerai pas ici de lavages; car dans une sinusite vraie, les irrigations antiseptiques sont insuffisantes pour guérir une muqueuse en dégénérescence fongueuse et myxomateuse. Il faut alors s'adresser à un traitement plus chirurgical, qui nous permettra un curettage parfait de l'antre d'Highmore. Nous avons à notre disposition trois procédés principaux pour aborder le sinus :

- 1° La méthode de Claoué,
- 2° La méthode de Desault,
- 3° La cure radicale de Caldwell-Luc.

#### A. — Méthode de Claoué.

L'opération telle que la pratique son auteur comporte trois temps :

1er Temps. — Ablation des deux tiers antérieurs du cornet inférieur.

Cette partie du cornet doit être enlevée avec une paire de ciseaux au ras de la paroi nasale.

2e Temps. — Résection de la paroi.

Le sinus est ouvert à l'aide d'une tréphine ou d'une fraise montées sur un tour électrique. L'ouverture commencera à deux centimètres environ de l'extrémité antérieure du cornet, et se continuera en arrière de manière à pouvoir admettre librement la pulpe du pouce.

3e Temps. — Nettoyage et pansement du sinus.

Le sinus est lavé, et les plus gros bourgeons *sculs* sont enlevés à la curette. Le but de l'auteur n'est pas un curettage minutieux; mais vise plutôt au drainage. On badigeonne la cavité avec du chlorure de zinc, et on la temponne pendant quarante-huit heures avec de la gaze iodoformée. Les jours suivants, on fait des lavages et on insuffle une poudre non irritante, après avoir séché la muqueuse sinusienne.

Cette méthode présente ses avantages et ses inconvénients. Le seul avantage plausible est qu'elle ne nécessite pas l'anesthésie

générale. D'après son auteur l'opération ne serait pas bien douloureuse, et d'exécution facile, si le cornet a été bien enlevé.

Quant aux inconvénients de ce procédé opératoire endo-nasal, le plus grand reproche que l'on puisse faire est qu'il ne permet aucune investigation sérieuse du sinus, et par conséquent qu'il empêche tout curettage complet. Or, il est reconnu de nos jours, que le succès opératoire dépend surtout de la manière dont il est pratiqué. D'ailleurs, d'après l'aveu de son auteur lui-même, sa méthode aurait été impuissante à guérir certains malades qui furent définitivement débarrassés de leur sinusite par un Caldwell-Luc.

### B. — Méthode de Desault.

Cette opération consiste à ouvrir largement la paroi antérieure du sinus maxillaire, après avoir incisé la muqueuse gingivo-labiale à son point de réunion. L'autre est ensuite curetté avec soin, le drainage est établi, mais la plaie buccale n'est pas suturée. Le but de cette méthode consiste à surveiller journellement la marche de l'épidermisation, qui prend une moyenne d'un an et demi. Le médecin doit lutter contre la tendance de la plaie à se refermer, et aussi à la formation de nouveaux bourgeons dans l'autre. Enfin lorsque la guérison est définitive, le malade doit porter un appareil prothétique pour fermer son orifice sinusal.

Parmi les avantages de la méthode de Desault, nous devons reconnaître que lorsqu'on est en présence d'un sinus où la paroi orbitaire est atteinte d'ostéite, la surveillance de la réparation osseuse est rendue très facile par l'ouverture sinusale. Cependant sa seule supériorité sur le procédé de Caldwell-Luc, est uniquement dans le cas de vaste ostéite alvéolaire, due aux lésions dentaires. Pour que la guérison soit définitive, il faut faire une large résection de tout le bord alvéolaire et quelquefois enlever une partie du plancher du sinus. Or, dans ces circonstances, il est impossible de tenter la réunion de la plaie gingivale; car les lambeaux seraient infailliblement voués au sphacèle. De plus, il serait contre-indiqué de faire une ouverture naso-sinusale.

Cette méthode, comme celle qui précède, présente aussi ses inconvénients :

1° Pendant près de deux ans, le malade doit subir de nombreux

pansements, accompagnés de curettages et cautérisations de son sinus.

2° L'ouverture a une grande tendance à se refermer, et tous les jours, le patient doit s'introduire le doigt dans l'orifice sinusale.

3° Les aliments ne peuvent être broyés que d'un seul côté: et suivant l'expression si pittoresque de Luc, les malades sont condamnés à manger tous les plats à la sauce iodoformée.

4° Ajoutons à cela le port d'un appareil prothétique obturateur.

#### C. — Méthode de Caldwell-Luc.

La cure radicale de la sinusite maxillaire par ce procédé, est certainement la plus grande invention de la chirurgie de l'antre d'Highmore. Caldwell de New-York, en novembre 1893, publia un article sur ce sujet donnant la description de cette opération. Cependant son travail sembla passer inaperçu même dans son pays. En mai 1897, Luc de Paris, fit la Société française d'otologie, une communication sur cette méthode qui porte son nom. Il déclare avoir pris connaissance de l'article de son collègue américain, plus d'un an après ses propres essais opératoires. Voici la description des six temps classiques de cette cure radicale:

Premier temps. — Incision de la muqueuse.

Le malade est endormi au chloroforme, et un tampon est placé entre ses dernières grosses molaires, pour absorber le sang et empêcher sa chute dans le larynx. Il doit être souvent renouvelé. Après écartement de la lèvre supérieure, la tête est légèrement penchée du côté opéré, et l'incision est faite dans le sillon gingivolabial, en partant de la première grosse molaire pour se terminer à la canine.

Deuxième temps. — Ouverture du sinus.

La paroi antérieure du sinus est ouverte à la gouge et au maillet, après avoir été bien ruginée. L'ouverture doit être grande, pour permettre un libre accès aux instruments, et se terminera à la paroi interne.

Troisième temps. — Nettoyage de la cavité.

Le sinus doit être très soigneusement cureté, car de cette manœuvre dépendra le succès opératoire. L'attention sera surtout attirée sur les angles, et les curettes de Luc trouveront ici leur indication.

Quatrième temps. — Création de l'hyatus artificiel.

Le cornet inférieur est enlevé avec la pince de Laurens, et une large communication sinuso-nasale est établie, de préférence avec la pince emporte-pièce de Lombard. L'ouverture doit reposer sur le plancher du sinus, pour faciliter son drainage.

Cinquième temps. — Drainage naso-maxillaire.

Le sinus est très soigneusement épongé, et l'on cautérise sa cavité avec une solution au 1-20 de chlorure de zinc. On introduit dans l'autre un bout de mèche de gaze iodoformée, que l'on fait sortir par la narine correspondante, et le reste de cette mèche sert à tamponner légèrement le sinus.

Sixième temps. — Réunion de la plaie buccale.

La plaie est suturée au cat-gut par un surget qui doit commencer à l'angle externe. Une petite aiguille spécialement coudée rendra de grands services.

On observe ordinairement un peu de gonflement de la joue le lendemain de l'opération. La bouche est délicatement lavée avec un antiseptique, et pendant les premiers jours, le malade s'alimente avec des liquides. Vers le quatrième ou cinquième jour, on enlève la mèche et l'on commence alors une série de lavages. Une moyenne de cinq semaines est suffisante pour amener une guérison définitive, par la formation dans le sinus d'un tissu fibreux, épidermisé par l'épithélium nasal.

Nous ne saurions trop fortement recommander la méthode de Caldwell-Luc comme traitement de choix pour la sinusite maxillaire vraie; car elle a sur les autres tous les avantages. Cependant, comme nous le disions tout à l'heure, on fera une exception pour les cas de nécrose du rebord alvéolaire avec ostéite du plancher du sinus, où l'on doit se servir du procédé de Desault.

Permettez-moi de vous relater ici l'observation d'un malade à qui nous avons fait un Caldwell-Luc, et qui avait été antérieurement opéré par la méthode de Claoué.

Observation. — Mr I. S. 24 ans, qui m'est spécialement recommandé par Sir William Hingston, vient nous consulter à l'Hôtel-Dieu, le 20 juillet dernier, pour une affection nasale du côté droit.

Il habite le Canada depuis un an, et exerce le métier de relieur.

*Antécédents personnels.* — Il nous raconte que depuis cinq ans il mouche du pus par la narine droite, mais ne peut nous dire si cet écoulement nasal est arrivé à la suite d'un rhume de cerveau. Dans son enfance, il accuse avoir eu la rougeole et la scarlatine.

Il a également souffert de quelques rhinites, sans cependant y être facilement sujet. A part ces deux fièvres éruptives il s'est toujours bien porté.

*Antécédents héréditaires.* — Sa famille est en excellente santé, et son histoire ne révèle aucune diathèse qui puisse expliquer la maladie locale de notre patient.

*Examen physique.* — A la rhinoscopie antérieure, on constate d'abord l'absence totale du cornet inférieur droit. Il y a une large communication entre le nez et le sinus. Toute cette fosse nasale est recouverte de pus qui semble prendre origine de l'antre. Légère hypertrophie du cornet inférieur gauche.

La rhinoscopie postérieure nous laisse voir un peu de pus venant des choanes.

Pharyngite catarrhale.

Le larynx est normal.

Toutes les dents de la moitié droite du maxillaire supérieur ont été enlevées. Le malade dit les avoir fait extraire il y a au delà de deux ans, parce qu'elles étaient cariées et lui faisaient mal. La gencive est bien cicatrisée.

Un lavage du sinus ramène beaucoup de pus, et à l'éclairage, la joue et la pupille droites sont obscures.

Côté gauche normal.

Pas de tuberculose, ni spécificité.

Etat absolument normal de tous les autres organes.

Le malade nous raconte que le 10 mars 1905, il a subi dans un des hôpitaux de la ville, une opération dans le nez. Les jours suivants, on lui faisait des lavages du sinus, et l'on introduisait ensuite une mèche de gaze. Il suit ce traitement depuis cette date, c'est-à-dire plus de quatre mois; et comme il n'y a pas d'amélioration, il désespère de guérir, et c'est alors qu'il nous est adressé.

Il était évident que nous étions en présence d'une sinusite maxillaire que la méthode de Claoué avait été impuissante à guérir. Après lui avoir expliqué sa maladie, nous lui proposons une seconde intervention qu'il accepte, et fut pratiquée le 27 juillet.

*Opération.* — Anesthésie au chloroforme, incision de la gencive au lieu d'élection d'après la méthode de Luc. Large ouverture de la paroi antérieure du sinus qui est rempli de pus et de bour-

geons charnus. Curettage minutieux de cette cavité, et cautérisation au chlorure de zinc. Drainage du sinus avec une mèche de gaze sortant par l'ouverture nasale faite au cours de la première opération. Suture des lèvres de la plaie.

Les suites post-opératoires sont excellentes; et nous enlevons le drain le quatrième jour. Nous commençons alors à lui faire des lavages, et cinq semaines après l'intervention, notre malade était définitivement guéri.

Si cette opération de Caldwell-Luc a donné un résultat plus heureux pour le patient, c'est qu'elle nous a permis un bon curettage du sinus.

#### CONCLUSIONS

En présence d'une suppuration de l'antre d'Highmore, il s'agit de faire une diagnostic différentiel entre un empyème et une sinusite maxillaire vraie. Nous avons pour cela les signes de Guisez-Guérin et surtout celui de Mahu, qui nous rendront de très grands services.

Nous verrons ensuite si l'origine est de nature nasale ou dentaire. Dans ce dernier cas, il faudra faire extraire les dents malades, et si nous sommes en présence d'un empyème du sinus communiquant avec l'alvéole perforée, il faudra faire des lavages sans mettre de drain. Il est reconnu de nos jours qu'il vaut mieux ne pas employer de canule; car elle peut retarder et peut-être compromettre la guérison par épidermisation du trajet dentaire.

Si l'origine est nasale, il faudra traiter les sinus voisins, et faire quelques ponctions par le méat inférieur.

Lorsque nous serons en présence d'une sinusite maxillaire vraie, nous verrons également si les dents sont en cause; et après avoir fait soigner celles-ci, nous devons recourir à l'ouverture de l'antre par sa paroi antérieure.

Nous emploierons la méthode de Claoué, *seulement* chez les malades qui ne peuvent être endormis.

Nous ferons un Desault, *seulement* pour une sinusite compliquée de nécrose de l'alvéole dentaire, et d'une partie du plancher du sinus.

Dans tous les autres cas, nous aurons recours à l'excellent procédé de Caldwell-Luc, qui nous donnera une prompte et définitive guérison.

Telle est, Messieurs, la conduite que nous devons tenir en présence d'une suppuration maxillaire.

## PUBIOTOMIE. — DE LA SCOPOLAMINE COMME ANESTHESIOUE EN OBSTETRIQUE.

Par le Dr ALBERT LAURENDEAU, de St-Gabriel de Brandon.

Il y a trois ans, j'avais été appelé auprès de Madame D., jeune femme primipare. Tout alla bien jusqu'à la fin de la dilatation du col utérin. Alors, au lieu de s'engager, la tête s'immobilisa au détroit supérieur. En examinant ma malade, un peu plus attentivement, je remarquai que ses crêtes iliaques n'étaient pas beaucoup évasées, que la conformation externe du bassin rappelait plutôt le type masculin; bref, tout considéré, je me trouvais en présence d'un bassin justo minor, sans antécédents anatomo-pathologiques. Je fis alors une application prolongée du forceps sous chloroforme, sans succès. Il existait manifestement une disproportion entre le volume de la tête fœtale et la lumière de l'excavation; et cela chez une femme déjà épuisée, à sept milles du confrère le plus rapproché, dans la saison des mauvais chemins. Au cours des pérégrinations de notre existence, ces drames de la vie réelle, assez fréquents, sont angoissants, parce qu'on y joue le premier rôle. Je n'ai pas songé à l'opération césarienne dans les circonstances où je me trouvais: mieux vaut laisser mourir ses malades que de les tuer... même *secundum artem*. Quant à la symphyséotomie, j'ai toujours gardé mauvaise souvenance de deux mauvais cas à l'actif de l'un de mes maîtres regrettés, pendant ma cléricature. De ces deux cas malheureux, j'avais conservé la conviction que la section de la symphise pubienne, comme toutes les blessures articulaires, du reste, étaient de la plus haute gravité.

Tout pesé, considérant qu'il valait mieux sacrifier un être que d'en laisser périr deux, surtout lorsque la valeur du sacrifié est aléatoire, j'opimai pour la craniotomie. Après avoir extrait une demi livre ou plus de substance cérébrale, une nouvelle application de forceps amena un enfant vivant.

Au 29 septembre dernier (1905), je fus de nouveau appelé auprès de Madame D... enceinte à terme. Dès mon arrivée, armé d'un pied-de-roi, d'un mètre, d'un pelvimètre, etc., j'essayai de faire l'exploration et la mensuration du bassin de ma parturiente. Je ne sais si je suis plus maladroit que d'autres, mais pour faire le diagnostic d'un bassin généralement rétréci, dont les diamètres sont raccourcis dans une cer-

taine mesure, la plupart des procédés classiques m'ont semblé un leurre, surtout entre les mains du praticien ordinaire. Seule l'apparence générale de la femme peut faire soupçonner cette anomalie; car alors, pour qui a l'habitude de voir des tailles nues, il est assez facile d'observer que la conformation des hanches, des crêtes iliaques se rapprochent du type masculin. Je ferai pourtant exception en faveur du procédé de Tarnier, qui consiste à établir le diamètre biischiatique, en prenant la mesure d'une tubérosité ischiatique à l'autre, après avoir fortement déprimé les parties molles du plancher périnéal. Ce procédé assez pratique, ne donnera toutefois satisfaction que dans les rétrécissements relativement assez considérables. Dans mon cas, le diamètre biischiatique était manifestement d'au moins trois quarts de pouce inférieur à la moyenne, et la conformation extérieure de la taille de cette femme, avec ses crêtes iliaques effacées, ses hanches étroites, et ses épaules larges, rappelait bien le type masculin.

La dilatation n'étant pas parfaite, en mémoire de son premier accouchement, et en prévision d'un pis-aller, je fais une revue sommaire de tout ce que j'avais sous la main, au cas où je serais forcé d'opérer d'urgence: j'inspecte mon instrumentation, je me fais préparer une bonne provision d'eau bouillie, puis en attendant, je jette sur un feuillet les premières notes qui me servent à rédiger cette observation. A sept heures et vingt a.m., je donne à ma malade une injection hypodermique de bromhydrate de scopolamine au cinquantième, associé à la morphine au cinquième de grain. Vingt minutes plus tard, le pouls monte à 140, la pupille est bien dilatée et la malade dort: c'est là l'effet de la scopolamine. L'enfant se présente n. O. I. G. A. A huit heures et demi, après administration de quelques gouttes de chloroforme, je fais une application de forceps sans succès, — comme je m'y attendais du reste. Je requiers alors mon confrère H. Archambault, qui arrive vers neuf heures, au moment où je venais de donner une seconde injection de scopolamine-morphine. A la suite d'une nouvelle et infructueuse application du forceps, convaincu de l'impossibilité de mener à bonne fin cet accouchement normalement, je résolu de pratiquer la *pubiotomie*, ou comme le veut Gigli, la *section latérale du pubis*. (1)

(1) La section latérale du pubis (par Leonardo Gigli, de Florence). La Presse Médicale de Paris, No. 42, 27 mai 1905, page 329.

Il y a quelque vingt ans, la proposition de Stoltz, absolument identique à l'opération préconisée par Gigli, sauf quelques légères modifications dans l'instrumentation, m'avait vivement frappé, mais alors je n'avais pas l'entraînement suffisant pour tenter cette aventure, et peu à peu, ces faits s'estompèrent dans ma mémoire.

Dans une communication au premier Congrès des médecins de langue française (1) au sujet de deux césariennes que j'avais pratiquées sur la même femme, en octobre 1897 et en octobre 1901, je rappelais les noms de Imbert et de Stoltz, et je proposais dans les cas de rétrécissement considérable du bassin, la section des pubis et des ischions, de chaque côté de la symphyse; mais alors, j'avais en vue les contre-indications à l'hystérotomie, par septicité du contenu utérin. J'en étais là, lorsqu'un article intitulé: "Section latérale du pubis," par L. Gigli, paru dans la Presse médicale du 27 mai dernier, vint enfin fixer ma religion. Que l'on dénomme cette intervention "pubiotomie," "section latérale du pubis," ou "opération de Gigli," peu m'importe; mais je crois que ce serait une injustice à la mémoire de Stoltz surtout, que de l'appeler "opération de Gigli." Je me demande aussi pourquoi reléguer au rancart l'expression "pubiotomie," pour lui substituer, "section latérale du pubis," comme le veut Gigli; le terme pubiotomie fut-il étymologiquement incorrect, rend parfaitement l'idée de l'opération qu'il désigne, est accepté depuis longtemps dans le langage médical, et a ce grand avantage, de ne compter qu'un mot au lieu de quatre. Nous avons assez pour le moment, à corriger les bassins, sans corriger les mots. Au reste, pour les dilettantes du pur langage français, je n'ai pas d'objection à accepter le mot hébotomie: celui-là n'est pas bâtard, ses deux ancêtres sont grecs.

Stoltz, qui, dit-on, n'a jamais fait cette opération sur le vivant, en a décrit la technique avec une telle précision, que je ne saurais mieux faire que de lui emprunter sa description, pour peindre avec exactitude la pubiotomie que j'ai pratiquée sur Madame D. . .

Mon vieux Cazeaux, 10ième édition, 1883, page 1075, après avoir dit que Stoltz conseille de pratiquer la pubiotomie au lieu de la symphyséotomie, ajoute: "Je crois devoir faire connaître le

(1) Sur l'Opération césarienne, par Albert Laurendeau, St-Gabriel de Brandon. Premier Congrès des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord, Québec 1902, page 307.

“procédé opératoire du professeur de Strasbourg. Bien que l'expérience n'ait pas encore prononcé, il me paraît offrir en effet, des chances plus favorables.

“Il consiste à diviser un des pubis près de la symphyse, au moyen de la scie à chaînette et sans faire d'incision à la peau. Pour cela, on pratique une petite boutonnière au mont de Vénus, préalablement rasé, au point correspondant à la crête pubienne, à droite ou à gauche de la symphyse. Par cette boutonnière, on introduit une aiguille longue et légèrement recourbée, à laquelle est fixée la scie à chaînette. On glisse l'aiguille le long de la face postérieure des pubis, en rasant l'os, et l'on fait sortir la pointe à côté du clitoris, entre un des corps caverneux et la branche descendante du pubis, à laquelle il est uni. L'aiguille a entraîné la scie; on adapte la poignée, on tend légèrement la scie entre les deux mains, et, la saisissant par les deux extrémités, quelques mouvements de va-et-vient suffisent pour diviser le pubis. Les deux portions séparées par la scie s'écartent aussitôt, et cet écartement peut être augmenté presque à volonté, ou s'opérer par la pression de la tête ou du tronc du fœtus. Le pubis divisé, une des poignées est ôtée, l'instrument retiré, et il reste une petite boutonnière qui se cicatrise facilement.” Remplacez la scie à chaîne par la scie filiforme de Gigli, et que reste-t-il à ajouter?

J'ai fait l'opération à ciel ouvert, mais je crois qu'une autre fois je donnerai la préférence la technique de Stoltz.

Dans l'article signalé plus haut, après avoir décrit les divers modes opératoires proposés depuis peu par Döderlein, Léopold, DeBovis, Calderint, Van de Valde, Mr. Gigli ajoute: “Toutes ces techniques peuvent être exécutées suivant deux méthodes distinctes: ou bien à ciel ouvert, c'est-à-dire en incisant des tissus, autant qu'il est nécessaire pour voir clair dans la plaie, ou bien par la voie sous-cutanée. Cette seconde méthode opératoire n'a plus que la valeur d'un souvenir, les raisons qui la faisaient à bon droit recommander au temps de Stoltz n'existant plus. Comme il s'agit d'une ligne de fracture au voisinage des organes génitaux, le fait de pouvoir assurer l'hémostase et de prévenir avec certitude la formation d'espaces morts et de lacunes a pour moi infiniment plus d'importance que la préoccupation d'éviter une petite cicatrice linéaire si facile à dissimuler en

“cette région. Par conséquent, la technique de Stoltz, dont la mienne est la réviviscence, doit être pratiquée à ciel ouvert, ainsi qu'on fait maintenant pour toutes les opérations où la raison esthétique passe en seconde ligne, après la sécurité des résultats.”

ceiasrleb

Quelles sont les raisons qui, au temps de Stoltz, faisaient recommander la technique sous-cutanée, et pourquoi cette méthode opératoire n'aurait-elle maintenant “que la valeur d'un souvenir?”

Sans doute que le rénovateur de la “section latérale du pubis,” fait allusion à l'aseptie et à l'antiseptie, inconnues ou à peu près, au temps du professeur de Strasbourg; mais il oublie que la pubiotomie est 90 fois sur 100, une opération d'urgence, faite à domicile, très souvent dans des conditions déplorables d'aides et de milieu: d'où les raisons qui la faisaient à bon droit recommander suivant la technique sous-cutanée, au temps de Stoltz existent encore, sauf peut-être pour la parturiente hospitalisée.

D'espaces morts, il m'est impossible de concevoir comment le mode opératoire de Stoltz peut en causer davantage; j'avouerai toutefois, que dans tout jugement préconçu, dans toute vue de l'imagination, il faut toujours faire la part de l'imprévu; seule l'expérience prononcera définitivement sur la valeur des deux procédés de Stoltz ou de Gigli.

Enfin, pour ce qui concerne l'hémorrhagie et l'hémostase, je diffère encore beaucoup d'avec monsieur Gigli. J'ignore l'instrumentation que le médecin de Florence a fait construire en France, d'après la note de la direction de la *Presse Médicale*; mais je sais qu'avec le passe-scie filiforme que j'ai fait construire *ad hoc*, lequel m'a servi chez la femme qui fait ici le sujet de cet article, je pourrais facilement passer la scie en arrière du pubis, en faisant préalablement la seule boutonnière supérieure de Stoltz.

Imaginez une forte aiguille de huit à neuf pouces de longueur, légèrement coudée par le milieu, à angle obtus; l'une des extrémités, d'environ quatre pouces, sera faite de façon à se bien tenir en main; l'autre, c'est-à-dire celle qui devra longer la partie interne du pubis, légèrement courbée et à terminaison mousse, portera un œil, par où attacher la scie filiforme, au moyen d'un fil métallique. Et avec ce passe-scie, comme je l'appelle, j'ai pu, passant par la boutonnière du haut, rasant l'os pubien, sous le contrôle de l'index gauche, tendu dans le vagin, arriver un peu à côté du cli-

toris, comme l'enseigne Stoltz. Et alors, qu'avais-je besoin du *ciel ouvert*? Il aurait suffi d'un léger coup de la pointe d'un bistouri, pour faire émerger mon passe-scie, y fixer un bout de la scie, puis ramener cette dernière en position; et je crois, j'ai raison de croire, que dans ce cas, l'hémorragie serait moins à redouter que dans la section cutanée complète. Si je n'ai pas suivi cette technique dans mon cas, c'est que j'étais sous une fausse impression: — je croyais qu'il était opportun de découvrir les extrémités de l'os sectionné, afin de pouvoir les disjointre avec un écarteur; je n'avais pas songé que dans les cas où l'articulation sacro-iliaque est anobile, normale, la traction du forceps est amplement suffisante à amener l'écartement nécessaire pour parachever l'accouchement sans incident nouveau. Donc, à l'avenir, je me propose de n'opérer à ciel ouvert, qu'au cas où les articulations du bassin, ankylosées, nécessiteraient l'intervention d'un écarteur mécanique dans la plaie osseuse.

\* \* \*

J'ai dit plus haut que je m'étais servi de scopolamine comme anesthésique général, et je crois être l'un des premiers, du moins en Amérique, à faire usage de cet anesthésique en obstétrique. Il y avait déjà quelque temps que j'utilisais la scopolamine en chirurgie générale, (1) lorsque j'eus l'idée de l'appliquer aux accouchements, et actuellement je crois avoir acquis assez d'expérience pour en tracer sommairement les principales indications, ce que j'ai fait du reste en août dernier. (2)

Dans tous mes accouchements, si je prévois que la durée sera de plus d'une heure, et que les douleurs soient vives, que la parturiente accepte ou réclame un anesthésique, ce qui est le fait chez un grand nombre de primipares surtout, je donne alors la préférence à la scopolamine. Au besoin, je renouvelle la dose, après trois à six heures d'intervalles, sans inconvénient. Quand les malades s'éveillent, c'est-à-dire, après un sommeil presque continu de douze à dix-huit heures, j'ai toujours constaté que le réveil était gai, normal, tout à fait satisfaisant. Sur une série d'une quinzaine

(1) Du bromhydrate de scopolamine comme anesthésique général par Albert Laurendeau "Bulletin Médical de Québec" Livraison: Avril, Mai, Juin, Juillet, Août, Septembre, 1905.

(2) Causerie à la campagne sur l'obstétrique: "Union Médicale du Canada" premier octobre 1905, page 530.

de cas ainsi traités, je n'ai rencontré aucune complication du côté maternel, attribuable à la scopolamine. Tout au plus, la période d'expulsion serait peut-être retardée; mais quant à la dilatation du col utérin, l'anesthésique m'a paru plutôt la favoriser.

Du côté du fœtus, je ne suis pas tout à fait aussi positif. Il m'a semblé que lorsque l'accouchement se terminait en plein sommeil scopolamique, l'enfant arrivait un peu stupéfié; chez vingt-cinq pour cent de ces cas, j'ai été obligé d'intervenir, pour réveiller l'acte respiratoire initial. Et ce qui m'a frappé, c'est qu'alors les mouvements brusques font plus pour stimuler le centre respiratoire que la respiration artificielle, les tractions rythmées de la langue, etc., c'est bien là la caractéristique des scopolamisés en général, plus sensibles aux bruits, aux chocs extérieurs, qu'au bistouri, ou aux excitations internes. J'ai cru remarquer enfin, que chez ces nouveaux-nés, la pupille était légèrement dilatée; cependant les globes oculaires n'étaient jamais tournés vers le haut, comme c'est le cas d'ordinaire; et autre fait contradictoire: c'est qu'alors, à l'opposé de ce que nous savons sur cet étrange alcaloïde, ce sommeil anesthésique serait de courte durée chez les tout jeunes, puisque soixante à soixante et quinze minutes après leur naissance, rien n'y paraissait.

Enfin, dans les quatre derniers accouchements où j'ai fait usage de ce principe actif, j'ai observé qu'il m'était très difficile, pour ne pas dire impossible, de provoquer des mouvements actifs du fœtus par chocs extérieurs ou autrement, lorsque la mère était narcosée; de même que j'ai remarqué qu'après sa naissance, quoiqu'éveillé comme je l'ai dit plus haut, l'enfant est moins agité, semble plus insensible que d'habitude, et ce, pendant un temps assez prolongé.

De ce qui précède, et de ce que je sais par mon expérience sur la scopolamine comme anesthésique général, je serais porté à conclure que cet agent a une action modératrice élective sur le centre respiratoire: chez l'adulte scopolamisé, la respiration est toujours lente et profonde; mais ce qui semble plus difficile à interpréter, c'est qu'en même temps, les pulsations cardiaques sont accélérées. Toutefois, au point de vue pratique, j'ai le pressentiment que chez les sujets ainsi anesthésiés, le danger, si danger il y a, viendra du côté de la respiration et non de la circulation.

Je donne toujours le bromhydrate de scopolamine en injections hypodermiques, à la dose de un cinquantième de grain, associé à la morphine, sulfate ou chlorhydrate indifféremment au cinquième de grain. Je ferai aussi remarquer que dans tous les cas où je me suis servi de scopolamine, j'ai terminé ces accouchements par le forceps ou la version, et que chaque fois j'ai donné au préalable quelques gouttes de chloroforme.

J'ai essayé de l'emploi de la scopolamine que quelques-unes de nos usines américaines nous fournissent, sous l'appellation de : *tablettes hypodermiques* (hypodermic tablets), c'est là un procédé commode et pratique pour faire nos solutions hypodermiques extemporanées; malheureusement, l'effet thérapeutique de ces comprimés diffère considérablement de l'effet de la scopolamine Merck de Darmstadt. Qu'il y ait une différence dans l'état chimique, ou dans la pureté du produit; ou que les manipulations, ou l'association des substances de soutien du comprimé altèrent la composition de l'agent anesthésique, c'est ce que j'ignore; mais je n'ai pu trouver aucune scopolamine dont l'effet fut identique à la Merck.

J'en suis à chercher une solution pratique, maniable, et inaltérable, comme je l'expose dans un des derniers articles que j'ai envoyé au *Bulletin* de Québec.

Pour terminer il ne me reste à ajouter que l'opération de Madame D. . . a guéri par première intention; qu'aujourd'hui, deux mois après sa délivrance, elle marche facilement; que la consolidation osseuse est parfaite, et que son enfant, dont le poids était de dix livres à sa naissance, se porte bien.

---

## REVUE GÉNÉRALE

ANTITHERMIE PAR FRIGOTHÉRAPIE PRÉCORDIALE. — Les effets de l'application d'une vessie de glace sur la région précordiale, dans les cas des infections graves, ne tardent pas à se montrer et peuvent se résumer, comme suit: l'amplitude de la systole cardiaque est augmentée, la température baisse et l'état général s'améliore.

M. Leduc revenant sur les avantages de la méthode fait remarquer une particularité curieuse et qui n'avait pas encore été notée, c'est l'influence de la frigothérapie précordiale sur l'action des médicaments antithermiques.

Dans tous les cas, les antithermiques, absolument inefficaces, avant, acquièrent après l'application de la poche de glace, une activité exagérée, dont il faut être averti, car elle donne lieu à des hypothermies inquiétantes. M. Leduc a vu vingt centigrammes de pyramidon, qui ne produisaient aucun effet avant l'application de la vessie de glace, faire tomber, après l'application de celle-ci la température de  $40^{\circ} 2$  à  $35^{\circ} 2$ . M. Grimaud: une dose de 50 centigrammes, avant la glace produisant un effet à peu près nul, quand 12 centigrammes après l'application amenait un abaissement d'un degré avec transpiration abondante.

Les effets antithermiques du pyramidon sont plus que quadruplés par l'emploi de la méthode. Il est bon de s'en souvenir.

La technique est très simple: on applique sur la région précordiale une large poche de glace, une flanelle interposée entre la glace et la peau empêche toute impression désagréable de contact. On modère l'action réfrigérante en interposant plusieurs épaisseurs de flanelle. La poche fixée par une ceinture n'impose aucune contrainte au malade. A mesure que la température baisse, on interposera une plus grande épaisseur de flanelle, mais la poche ne sera enlevée qu'après plusieurs jours d'apyrexie. L'enlèvement prématuré de la poche expose aux rechutes dans les cas graves. Le seul inconvénient de la méthode est de provoquer parfois de la douleur dans l'aisselle et dans le bras gauche. On évitera cet accident en préservant par un coussin les nerfs auxiliaires du contact de la poche froide.

M. Leduc pense que la frigothérapie précordiale peut être appelée à remplacer les bains froids. La balnéothérapie a fait ses preuves et il reste à la frigothérapie précordiale de faire les siennes.

\* \* \*

TRAITEMENT DE LA CYSTITITE PAR LE SALOL ET L'UROTROPINE PAR FINDLEY. — Le salol et l'urotropine sont des antiseptiques divers des voies urinaires. Le salol se dédouble dans le duodénum et s'élimine par les reins, exerçant une antiseptie directe sur les voies urinaires. L'urotropine est composée de formaldéhyde et d'ammoniaque: elle est plus soluble que le salol et ne doit pas être donnée à trop fortes doses; elle déterminerait une irritation de la vessie, mais elle a l'avantage, à l'inverse du salol, de pouvoir être donnée même quand les reins sont malades. L'urotropine passe rapidement dans l'urine où elle abandonne la formaldéhyde qui exerce localement son action désinfectante. Bien que le salol agisse très rapidement dans les cas aigus, il exerce cependant une action active dans les cas chroniques dépendant de l'hypertrophie de la prostate avec miction fréquente et odeur ammoniacale de l'urine. Au bout d'une semaine de traitement par le salol, l'urine est moins trouble, l'odeur est moins mauvaise, les mictions moins fréquentes et l'état général meilleur. On a reproché au salol son insolubilité qui peut le faire accumuler dans l'intestin. L'urotropine est soluble dans l'eau et possède sur les infections urinaires une action antiseptique au moins égale à celle du salol qui peut dans quelques cas de déterminer une intoxication phéniquée. L'urotropine enfin a plus d'action sur la pyélite contre laquelle les meilleurs médicaments ne sont que des palliatifs. En donnant l'urotropine, il faut faire prendre une quantité suffisante d'eau pour contrecarrer son action irritante sur l'estomac (1).

\* \* \*

L'EAU DE MER EN INJECTIONS ISOTONIQUES SOUS CUTANÉES DANS LA TUBERCULOSE (2). — Technique et mode d'emploi des injections.

Technique et mode d'emploi des injections.

La technique est des plus simples; elle est celle des injections

(1) (L. Pmon, in *Revue de Thér.* nov. 05).

(2) Par MM. Robert Simon et René Quintin, (*Revue de Thér. Med., Chir.*, juillet 1905.)

de sérum artificiel. Les doses seules, ainsi que la fréquence des injections, demandent à être raisonnées et fixées.

*Dose.* — Chez l'adulte, ordinairement 100 cc. (cent centimètres cubes).

*Fréquence.* — Tous les trois ou quatre jours, c'est-à-dire deux fois par semaines.

*Durée.* — Dépend de l'amélioration obtenue. Peut être prolongée indéfiniment sans objection. Les doses ne demandent pas à être augmentées au cours du traitement.

*Lieu de l'injection.* — Chez les malades alités : dans le tissu lâche de l'abdomen. Chez ceux qui continuent la vie active ; région rétro-trochantérienne. Ne jamais injecter en avant, au voisinage de la région inguinale, chez les personnes qui marchent.

Faire toutes les injections successives au même endroit. Aux doses de 100 cc., les injections ne sont pas douloureuses, et ne requièrent aucune attention spéciale ; simplement s'abstenir de longues courses ce jour-là.

*Moment de l'injection.* — A toute heure du jour, avant et après les repas et même pendant, chez les malades alités. Les époques menstruelles ne sont pas une contre-indication.

*Récence de l'eau de mer.* — Ne jamais employer d'ampoules plus vieilles que deux à trois semaines d'âge.

*Doses supérieures ou inférieures.* — Chez certains sujets la dose de 100cc. peut être insuffisante. Si après la deuxième injection le bénéfice n'est pas marqué, avec reprise des forces, de l'appétit, du sommeil, etc, si surtout, le malade n'a aucune réaction après la piqûre, on devra pousser jusqu'à 200 cc., deux fois la semaine.

Au début du traitement commencer par 50 cc., pour la première injection, afin de préparer les tissus et pour éprouver la susceptibilité du sujet.

Chez les enfants les doses seront de 30 à 50 cc.

*Réaction propre à l'injection.* — L'injection de 100 cc. peut passer inaperçue ; les symptômes désagréables mais du reste sans importance qui peuvent accompagner l'injection se montrent dans la journée ou la nuit de l'injection, ils consistent en impression de froid, chaleur, moiteur de la peau, agitation insomnie.

Ils sont le signe que la dose employée est suffisante. Exagérés, ils indiqueraient qu'il faut diminuer la dose.

*Efficacité de la méthode.*—M.M. Robert Simon et René Quinton publient, dans un rapport présenté à l'Académie de médecine, le 6 juin 05, une statistique de 18 cas, se répartissant de la façon suivante:

|  |        |
|--|--------|
| Tuberculose pulmonaire au 1er degré..... | 7 cas  |
| — — 2e — .....                           | 3 cas  |
| — — 3e — .....                           | 4 cas  |
| — ganglionnaire .....                    | 3 cas  |
| Lupus tuberculeux .....                  | 1 cas  |
|  | 18 cas |

Le traitement suivi a été une injection de 100 cc., tous les 3 et 1 jours, d'eau de mer isotonique, sauf dans un cas (lupus) où l'amélioration ne s'est montrée qu'après des doses de 500 cc.

Dans 3 cas (tuberculeux pulmonaire, 2 tuberculeux ganglionnaires), le bénéfice a été nul.

Dans les 15 autres cas, l'amélioration a été très remarquable :

1° Etat général: la toux très fréquente, l'expectoration et les sueurs nocturnes ont disparu ou diminué, le sommeil est revenu long et réparateur, l'appétit normal et souvent exagéré a remplacé l'inappétence, la digestion est redevenue bonne, et tout cela très rapidement et s'accompagnant de phénomènes d'euphorie, d'entrain et de gaieté. Si dès après la deuxième injection les symptômes de relèvement général qui viennent d'être énumérés ne se montraient pas, la dose était élevée à 200 et 300 cc. Chaque malade indique ainsi sa propre dose.

2° Etat local: Chez les 7 pulmonaires au 1er degré, après 1, 2 ou 3 mois de traitement, l'examen stéthoscopique a révélé non seulement un retour partiel total à la normale, du rythme respiratoire altéré, mais encore la disparition complète dans 5 cas, et relative dans les 2 autres, de craquements et râles fins en foyer, ainsi que de tout frottement pleural.

Chez les 3 pulmonaires au 2e degré, les râles humides ont diminué ainsi que l'expectoration et il s'est aussi produit une grande diminution dans le nombre des bacilles de Koch pour chaque préparation.

Chez les 3 pulmonaires au 3e degré, assèchement absolu d'une caverne dans un cas, et assèchement relatif des cavernes des deux autres cas, avec suppression pour l'un deux de crachats sangui-nolents quotidiens depuis 2 mois.

Le lupus du nez a vu son ulcération diminuer de la dimension d'une pièce de dix sous à celle d'une lentille.

Enfin chez le seul tuberculeux ganglionnaire amélioré sur 3, il y eut une diminution d'ensemble des ganglions, avec suppression de l'écoulement de deux ganglions suppurés.

3° Le poids des malades est intéressant dans les variations: le nombre des jours d'expériences étant de 908 pour l'ensemble des 15 malades améliorés, l'augmentation totale a été de 24 Kg. 650, ce qui correspond pour chaque cas à une augmentation moyenne de 1 Kg. 643 pour une durée moyenne de traitement de 60 jours.

Aucun malade n'était en progression de poids avant le traitement, certains étaient stationnaires et quelques-uns en chute extrêmement marquée.

L'augmentation de poids pour chaque malade a été en moyenne de 27 gr. 14 par jour.

Comme le bénéfice n'est pas uniquement pondéral, mais comme il porte en même temps et de façon très notable sur l'état général et local, il semble bien résulter de ces recherches de MM. Robert-Simon et René Quinton, que le traitement marin de la tuberculose, par injections d'eau de mer ramenée à l'isotonie, peut entrer dans le domaine de la pratique.

H. HERVIEUX.

### CATARRHE NASAL AIGÜ

Le catarrhe nasal aiguë se manifeste avec les mêmes symptômes que l'inflammation de toute muqueuse: d'abord, engorgement des capillaires puis, épanchement de sérosité dans les tissus suivi d'une hypersécrétion.

Tenter de couper court à ces troubles, par des astringents ou des douches avec des solutions acides, n'est simplement diminuer momentanément la sécrétion sans agir contre les autres conditions pathologiques.

Pour être efficace, le remède employé doit, d'abord, évacuer la muqueuse et ensuite empêcher le retour de l'engorgement en stimulant la circulation sanguine de manière à ce qu'elle s'acquiesse complètement de sa tâche.

Telles sont précisément les propriétés de la "Glyco-Thymoline". Grâce à l'exosmose qu'elle favorise, la muqueuse est épurée.

Ses propriétés anesthésiques soulagent la douleur et par son action stimulante les capillaires sont décongestionnés et la circulation sanguine normale rétablie.

Dans le traitement général des affections du nez et de la gorge, surtout quand les symptômes inflammatoires prédominent et qu'un traitement palliatif indiqué comme préparation à une intervention chirurgicale, aucun autre médicament ne procure ce soulagement prompt; ne réalise les conditions aseptiques que vous donnera l'emploi de la "GLYCO-THYMOLINE".

## COMMENT DOIT-ON TRAITER UNE TUMEUR BLANCHE ?

---

Lorsqu'on ouvre l'un des nombreux et excellents traités de chirurgie qui ont enrichi depuis quelques années la littérature française ou étrangère, on se trouve, le plus souvent, à l'article traitement des tumeurs blanches, en présence d'une première et décisive classification : 1° les procédés conservateurs, 2° les procédés interventionnistes. Les premiers comportent sans doute avant toute chose l'*immobilisation*, mais l'auteur y adjoint certains actes plus chirurgicaux tels que les injections, les curetages de trajets fistuleux, etc., etc. En tête des seconds se place la résection typique, mais l'auteur se hâte d'ajouter que l'*atypique* est bien souvent de mise, et l'*atypique* possède tous les degrés depuis la vaste intervention chirurgicale jusqu'au curetage plus ou moins parcimonieux, accompagné souvent lui-même d'injections modificatrices. Si bien que ces deux grandes méthodes thérapeutiques qui, au premier abord, paraissent être l'opposé l'une de l'autre et se trouvent séparées par un profond fossé, s'entremêlent sur leurs confins, et que le praticien ne saisit plus bien ce qui appartient à l'une ou à l'autre, et ce qui relève distinctement de telle ou telle indication.

Ajoutons à cela que dans nos traités didactiques, ces indications sont rarement pesées d'une façon concrète dans une première vue d'ensemble ; mais que, présentées en tête de chacune des deux grandes méthodes, elles affectent un caractère de généralité qui n'est pas fait pour préciser et élucider la question lorsqu'on l'envisage dans la pratique quotidienne des faits.

Or, il se trouve que peu de maladies nécessitent autant que les tumeurs blanches un diagnostic précoce, une étude approfondie de chacun des cas, une finesse toute spéciale dans l'appréciation de certains signes, une habitude étendue de l'exploration physique. En d'autres termes, lorsque le diagnostic de l'existence a été porté et que les indications générales du traitement ont été précisées, le chirurgien est loin d'avoir terminé sa besogne, il l'a à peine commencée ; et, durant les longs mois pendant lesquels il devra suivre son malade, une série de modifications pourront se produire, qui seront autant d'indications nouvelles pour instituer une thérapeutique spécialement adaptée à ces modifications même. Sans compter que la technique de certains actes chirurgicaux, tels que l'emploi des injections modificatrices nécessite souvent une réelle expérience, et un doigté spécial.

C'est l'ensemble de ces considérations qui fait dire dans un de ses derniers cours au Professeur Lannelongue : "Il est infiniment plus difficile de bien soigner une tumeur blanche que de pratiquer certaines grandes interventions sanglantes qui ont pour elles une technique parfaitement réglée, et en général la presque parfaite similitude des cas."

Après les innombrables travaux sur cette question, après les essais successifs des traitements conservateurs ou chirurgicaux, après les discussions des congrès et des sociétés savantes, comment doit-on pratiquement se conduire en présence d'une tumeur blanche à ses divers stades, voilà ce que nous allons essayer de préciser.

Tout le monde sait que la tumeur blanche, avant d'avoir atteint ce stade particulier où elle s'accompagne de gonflement, d'épanchement et de fongosités, de modification même dans la coloration de la peau (d'où son nom), a eu tout un passé. Elle a débuté 4, 6, 10 mois plus tôt par une *ostéite juxta-épiphysaire*; très rarement (si le fait existe) par une *synovite bacillaire*. Il existe donc une première phase de la maladie qui passe trop souvent, hélas ! inaperçue. Tout le monde sait aussi que la tumeur blanche non soignée ou mal soignée évolue vers la fistulation, d'abord simple, puis complexe, fistules multiples, fistules en écumoir, cachexie profonde du membre précédant la cachexie générale. A ces périodes successives correspondent à coup sûr des modifications dans la thérapeutique. Aujourd'hui, nous nous bornerons à évaluer ici le traitement de la tumeur blanche *non fistuleuse* et non compliquée de déplacement pathologique des surfaces articulaires.

Nous avons dit que deux grandes méthodes étaient en usage : la méthode conservatrice et la méthode interventionniste. La première a pour base *l'immobilisation* avec la variante possible de *l'extension continue*, la seconde atteint sa forme la plus élevée et la plus parfaite dans la résection typique.

Eh bien, il faut affirmer aujourd'hui que la résection typique perd tous les jours plus de terrain et qu'elle ne sera bientôt qu'une opération d'exception. A la suite d'Ollier et de ses élèves, elle a joui d'une vogue réelle, l'Ecole de Lyon la défend encore comme on défend l'un de ses enfants ; mais que peut une faveur officielle contre la moralité suprême des faits ? Les discussions des sociétés savantes font foi de cet abandon progressif qui devient lentement mais sûrement une faillite, et le nombre des résections pra-

tiquées dans les hôpitaux parisiens diminue tous les jours. J'ajouterais que la résection n'est presque plus qu'une opération hospitalière: les malades de la classe aisée ont appris qu'on pouvait ailleurs et autrement guérir une tumeur blanche et refusent au chirurgien une opération qui est forcément aléatoire.

Et de fait, elle a contre elle des arguments puissants. Pratiquée au début de l'affection, elle est inutile, puisque la maladie se guérit très bien sans elle et que cette guérison se fait souvent sans ankylose étendue. Plus tard, elle a trop de chance d'être inefficace car elle suppose précisée une notion qui ne peut l'être: *le peu d'étendue des lésions*. Les statistiques hospitalières sont là pour dire que l'amputation devient quelquefois la ressource ultime après une résection malencontreuse. Sans doute on publie les cas heureux, l'on montre de temps à autre des succès chirurgicaux et orthopédiques, cela prouve simplement que nous ne sommes pas habitués à ces résultats. Enfin, il y a longtemps que la nécessité fait disparaître la résection de la thérapeutique infantile. L'évolution actuelle qui tend à substituer le traitement conservateur à la résection typique s'accroît tous les jours et le temps n'est pas éloigné où l'on affirmera que (à part quelques cas spéciaux) on guérit mieux une tumeur blanche en la bien soignant qu'en essayant tant bien que mal de l'enlever. La thérapeutique conservatrice de la tumeur blanche repose d'abord et avant tout sur *l'immobilisation*. Cette immobilisation a pour but de s'opposer à l'influence néfaste du mouvement et de l'ulcération compressive. Mais elle n'est qu'un acte passif, une condition sine qua non de guérison; elle suppose donc d'une part un travail spécial de l'organisme qui détruira les germes infectieux, ce qui conduit à édifier un traitement général, et de l'autre une thérapeutique locale destinée à activer la réaction contre l'infection et la production de tissus plus résistants aux nouvelles attaques du microorganisme. Cette dernière action thérapeutique a donné depuis quelques années, et surtout depuis quelques mois, entre les mains de quelques chirurgiens, des résultats vraiment inespérés, a diminué notablement la durée du traitement des tumeurs blanches et a montré la possibilité de mettre en quelque sorte la guérison à la portée de tous en ne la subordonnant pas à des conditions climatiques ou balnéaires.

Nous étudierons donc successivement: 1° l'immobilisation des membres, 2° le traitement local articulaire ou périarticulaire. Quant au traitement général, il clôturera la seconde partie de ce travail puisqu'il s'adresse aussi bien aux formes compliquées qu'aux formes simples des tumeurs blanches. Le premier caractère de l'immobilisation c'est d'être parfaite. Nous croyons qu'un grand nombre des résultats incomplets obtenus sont dus à l'imperfection de cette immobilisation. Or il faut savoir qu'il est très difficile d'immobiliser complètement une articulation. Beaucoup croient y être parvenus qui seraient désillusionnés s'ils y regardaient de plus près. L'immobilisation complète suppose que l'article ne peut faire le mouvement le plus léger. Parfois obtenue au moment de la pose de l'appareil, cette perfection ne tarde pas à disparaître à l'insu même du chirurgien. La ouate dont on entoure habituellement le membre sous l'appareil inamovible se tasse. Le malade souvent indocile, facilite ce tassement en contractant ses muscles, et cinq ou six jours après, sous l'appareil même, de légers mouvements apparaissent. Ces mouvements, le malade les entretiendra, soyez-en sûrs, et les exécutera plus fréquemment qu'il ne le croit lui-même et surtout qu'il ne le dit.

Du reste, tous les appareils ne sont pas également solides, bien adaptés et résistants. Certains, à notre avis, doivent être proscrits. Tels sont les appareils en *silicate* qui se moulent mal sur les reliefs du membre, se cassent et se fendillent. Que de tumeurs blanches ont évolué vers l'aggravation dans un appareil silicaté bien bourré d'ouate, c'est-à-dire dans un appareil permettant au bout de peu de jours des mouvements.

Le *celluloïd*, qui est si propre, si léger, si coquet, a lui aussi le défaut de se fendiller et de se casser à la longue. On les munit habituellement d'atelles métalliques; or, dans cette substance friable comme le verre, la fixation de ces atelles n'est qu'éphémère: elles ne sont qu'une fausse sécurité; du reste, pour ne pas charger l'appareil on les fait légers, c'est-à-dire flexibles. Mais l'appareil en *celluloïd* a surtout un gros inconvénient: il suppose un moulage et une fabrication compliquée; il est d'un prix de revient onéreux, et nous verrons tout à l'heure, que, pour suivre exactement les variations de volume d'un membre qui s'atrophie dans l'immobilité, il faut un appareil facile à remplacer. Du reste, mieux vaudrait s'adresser aux appareils en cuir moulé avec bandes métalliques

tout aussi solides que le celluloïd, à peine plus lourds, susceptibles de retouches, plus souples et ne présentant pas les dangers d'inflammation du celluloïd.

Mais pourquoi chercher la nouveauté? *L'appareil plâtré présente à notre avis le maximum des conditions requises pour le traitement des tumeurs blanches.* Bien exécuté, il s'adapte d'une façon précise et émousse toutes les inégalités. Il est résistant, et s'il est quelquefois un peu mastoque, c'est tant mieux: il évitera aux malades les tentations de mouvements intempestifs. Il est surtout d'une application simple, il est économique et, par conséquent, peut être recommencé aussi souvent que cela est nécessaire. Les chirurgiens qui ont appris à manier le plâtre savent qu'un de ces appareils peut comporter toutes les modifications nécessaires à tel ou tel cas particulier; certains orifices peuvent y être ménagés, certaines parties renforcées, etc., etc.

Notons ici quelques détails de technique qui s'adressent plus particulièrement au traitement des tumeurs blanches.

L'appareil en tarlatane et plâtre devra être très solide, et par conséquent composé de 16 doubles de tarlatane. On devra, au moment de tremper la tarlatane dans le plâtre, ajouter à ce dernier quatre à cinq cuillerées à bouche de *sel pilé*. La combinaison du sel et du plâtre donnera beaucoup plus de résistance et de durée. Elle permet aussi de faire un lait plâtré un peu plus clair qui imbibera mieux la tarlatane épaisse (16 doubles). Le membre ne devra pas être entouré d'ouate mais d'une large bande (20 centimètres) de crêpe Velpeau qui ne sera pas susceptible de tassement: on se bornera à placer entre la peau et la bande quelques coussinets d'ouate ou mieux encore de feutre épais au niveau des saillies osseuses: malléoles, condyles fémoraux, olécrâne, etc... Cet appareil devra être susceptible d'être enlevé. Dans ce but on ménagera entre ces deux valves une simple fente qui permettra plus tard de l'entr'ouvrir pour surveiller attentivement l'évolution de la tumeur blanche. On peut encore faire mieux: la valve taillée plus largement permet aux deux bords de chevaucher l'un sur l'autre, mais pour les empêcher d'adhérer au moment de l'application de l'appareil, on insinue entre eux une bande de papier. De cette façon l'immobilisation du membre est plus parfaite et le chirurgien conserve la même possibilité d'ouvrir l'appareil. En-

fin, certaines parties de la valve peuvent être renforcées dans le but de donner plus de solidité: c'est ainsi que pour des tumeurs blanches du coude, du genou, du coup-de-pied, on fera sagement d'appliquer derrière la valve une atelle postérieure plâtrée qui fera corps avec elle. Tous ces détails ont leur importance, car ce n'est que grâce à eux qu'on obtient une immobilisation parfaite.

Cette immobilisation a pu dans certains cas être due à un autre procédé qui, lui aussi, lutte d'une façon particulièrement efficace contre l'ulcération compressive: *l'extension continue*. Mais cette extension, si heureuse à la hanche, n'est guère applicable aux autres articulations. On l'a toutefois employée au genou. Elle y a quelques indications spéciales, notamment la lutte contre la subluxation, nous en reparlerons.

Si théoriquement l'immobilisation bien faite peut suffire (et l'on peut dire qu'avec un peu de patience un très grand nombre de tumeurs blanches même graves ont été guéries par ce seul procédé), il faut affirmer que nous possédons aujourd'hui les moyens qui, joints à cette immobilisation, sont susceptibles de guérir beaucoup plus vite et beaucoup plus complètement. C'est ce que nous avons appelé le *traitement local*. Je passe rapidement sur la révulsion dont la meilleure et la plus employée consiste dans les pointes de feu. Il n'est pas douteux qu'elles ont une véritable utilité, mais on peut dire que ce n'est là qu'un *petit moyen*.

L'influence des injections modificatrices est autrement puissante. Elle se lie à la grande théorie de la phagocytose. Il s'agit ici seulement dans ce premier article d'injections dans une tumeur blanche fermée et non dans un trajet fistuleux. Or nous savons aujourd'hui que les injections de substances irritantes agissent moins par l'influence bactéricide locale du liquide injecté que par la diapédèse très puissante qu'elles provoquent et une phagocytose très intense dont la réaction inflammatoire est la démonstration extérieure. Le Prof. Lannelongue, bien avant que le mot de phagocytose fut prononcé, avait montré le rôle de ces injections irritantes et avait préconisé la méthode dite sclérogène. Il y a deux ans, dans une série de communications, il ajouta à cette méthode un important corollaire et la compléta en quelque sorte par la *méthode des injections intra-articulaires*.

Le traitement local des tumeurs blanches tel qu'il le dépeint se compose donc de deux sortes d'injections: les premières *sclérogènes*

proprement dites, faites au pourtour de la synoviale contaminée et des régions osseuses atteintes, consistent à injecter une série de gouttes de chlorure de zinc au 1/10e. Une vive réaction inflammatoire se produit, qui provoque une diapédèse intense et bientôt la constitution de tissus de nouvelle formation, tissus scléreux, durs et denses, excellente barrière opposée à la périphérie des lésions. Simultanément ou consécutivement, une injection plus copieuse d'éther iodoformé est faite dans les régions périarticulaires où apparaissent les premiers signes de trajet fongueux ou même supprimés. Nouvelle réaction, nouvelle phagocytose se produisant cette fois en dedans de la zone tuberculogène.

Il nous est impossible d'entrer ici dans les détails de technique propres à ces deux sortes d'injections. Disons seulement que pour en tirer de larges bénéfices et rendre compte de la puissance vraiment surprenante de la méthode un certain apprentissage est nécessaire. Le chlorure de zinc doit notamment être manié avec expérience, afin d'éviter quelques accidents, tels que les eschares superficielles.

Une autre condition caractéristique de cette méthode locale, c'est la nécessité de recommencer fréquemment les injections intra ou extra-articulaires.

Si l'on veut mener rapidement une tumeur blanche à la guérison, si l'on veut économiser au malade de longs mois de traitement et de soins, il faut agir avec grande vigueur; faire en quelque sorte baigner sans cesse l'articulation atteinte dans les milieux antiseptiques et favoriser la phagocytose à intervalles successifs et rapprochés. Aussitôt que l'inflammation est calmée et que le chirurgien a pu juger des résultats produits par les injections précédentes, il convient de les recommencer..

Sous l'influence de ce traitement, on voit le gonflement péri-articulaire rapidement disparaître: les fongosités diminuent de volume; leur consistance augmente, la douleur se calme, l'articulation s'entoure de tissus résistants, fortement feutrés, quelquefois atteignant une sorte de dureté ligneuse, ce sont les symptômes de l'évolution vers la guérison.

Nous ajouterons que les injections intra-articulaires ne sont pas le seul procédé de phagocytose employé par nous. Depuis six mois, dans notre service de consultation de l'hôpital Saint-

Joseph, nous avons mis en usage, en même temps que ces injections, le traitement de Biehr modifié. On sait que ce traitement consiste à produire par l'application fréquente de la bande élastique l'ischémie au niveau de l'articulation malade pendant quatre à cinq minutes. Puis la bande élastique est brusquement enlevée, et à cette ischémie succède une hyperémie intense suivie de vascularisation très apparente. On recommence cinq ou six fois cette application de la bande élastique dans la même séance. Nous n'avons pas tardé à nous rendre compte que cette méthode produisait d'excellents résultats. Elle repose elle aussi sur la diapôdèse et la phagocytose. Biehr procède un peu différemment: il profite de l'application de la bande élastique pour mobiliser l'articulation. Nous croyons après expérience faite que cette partie de la méthode n'est pas sans danger et lui-même a publié un certain nombre de cas où il a assisté, malgré son traitement, à la création de fistules ou d'abcès.

Tel est dans son ensemble la méthode thérapeutique locale. Nous terminerons aujourd'hui par le rapide exposé des résultats obtenus.

Depuis huit mois, nous avons traité par la méthode conservatrice dix-huit tumeurs blanches, 5 du poignet, 6 du genou, 3 du coude, 4 du cou-de-pied. Dix de ces tumeurs blanches sont actuellement complètement guéries. La durée moyenne de ces guérisons a été de cinq mois. Sept d'entre elles, libres de tout appareil depuis deux mois, exécutant des mouvements à leur guise, se maintiennent sans la moindre récurrence. Deux ne portent plus d'appareil depuis six semaines, une depuis un mois, ces trois dernières sont mobilisées régulièrement sans récurrence. Les huit autres conservent encore une partie du jour leur immobilisation ou viennent seulement d'être rendues à la mobilité. Toutes présentent les attributs de la vraie guérison. Ni fongosités, ni empâtement, ni douleur provoquée ou spontanée. Un tissu dur et dense a remplacé la tumeur blanche, c'est le tissu de guérison.

Dr H. MAYET.

Chirurgien adjoint à l'hôpital Saint-Joseph.

## ACTUALITE

---

### LA "LIGUE DU LAIT PUR ET DES GOUTTES DE LAIT." DEVANT L'OPINION PUBLIQUE

Nous sommes en mesure de dire que le travail fait par la "Ligue du Lait Pur" a été considérable au cours de l'été qui vient de finir.

Voici ce que son rapport nous permet de constater. Fondée et dirigée par des médecins des deux langues, cette Association existe depuis deux ans seulement. La première année les fonds mis à sa disposition par la ville ont été trop retreints pour permettre de faire beaucoup, et c'est tout juste s'il y eut assez d'argent pour entretenir quatre bureaux de distribution de lait pur pendant les mois d'été. Mais cette année nos échevins se sont montrés plus généreux et l'appel fait à leur charité a été fructueux. Le comité des finances versa une somme de mille dollars dans les coffres de la Ligue.

C'était déjà beaucoup d'argent mais cette somme fut doublée par un citoyen anglais M. Graham du journal quotidien "The Montreal Daly Star."

Deux mille dollars! c'est une somme assez ronde; aussi la Ligue s'est-elle surpassée!

Le rapport qu'elle publie fait foi d'un travail énorme et des plus intéressants pour le public et les médecins.

Ce rapport comprend trois parties:

1° Rapport de l'inspecteur des vacheries et laiteries situées à la campagne et qui expédient leur lait à la ville.

2° Le rapport du Dr Edouard Laberge, bactériologiste qui a fait l'analyse de plusieurs échantillons de lait.

3° Le rapport du secrétaire de la Ligue sur le fonctionnement des bureaux de distribution de lait placés dans six quartiers de la ville.

Dans la personne de M. Barré la Ligue a trouvé un inspecteur intelligent qui nous fait voir, dans un rapport, long, détaillé mais, très instructif, intéressant, un état de choses des plus déplorables.

Voyons plutôt ce qu'il dit lui-même.

Il a visité 254 fermes où se fait l'industrie du lait, et cela dans les districts de Lachute, de Vaudreuil, de Huntington, de St-Jean et de Richmond. Ces fermes ont un total de 4,353 vaches laitières.

Il a étudié successivement et pour chaque ferme :

- 1° L'état de santé des vaches.
- 2° L'épreuve de la tuberculine en rapport avec les laitiers de campagne.
- 3° La litière dans les étables.
- 4° L'état de l'arrière train et du pis des vaches.
- 5° La nourriture; l'usage du sel.
- 6° L'eau fournie aux vaches, sa contamination, l'état des puits, des cours d'eau où elle est puisée, etc. La distance de la prise d'eau de l'étable et du tas fumier.
- 7° Etat sanitaire des étables. Espace donné à chaque vache dans les différentes étables visitées. Etat de propreté des planchers, ventilation, éclairage.
- 8° Disposition du fumier: la distance du tas de fumier de l'étable, laiterie, etc.
- 9° La traite, où, et comment elle est faite.
- 10° Lieu où se fait l'aération et le refroidissement du lait.
- 11° Usage de la glace pour la conservation du lait.
- 12° Durée de l'emmagasinage du lait, sur la ferme avant l'expédition.
- 13° Expédition du lait à la ville par les voies de chemin de fer surtout, séjour du lait à la gare d'expédition et à la gare d'arrivée, sa température au cours du voyage etc.
- 14° Etat sanitaire des ustensiles de laiterie, leur nettoyage, et leur qualité.
- 15° Etat sanitaire des cannes à lait aux gares de chemins de fer. Temps écoulé entre le moment du vidage des cannes et celui de leur nettoyage. Vieilles cannes rouillées. Proportion de cannes contaminées.
- 16° Plaintes des cultivateurs, irrégularité du service etc.

Comme il est facile de voir, M. Barré a beaucoup vu et beaucoup analysé.

Pour ceux que ça intéresse ce rapport est précieux à consulter. D'après M. Barré les troupeaux de vaches qu'il a visités paraissent en excellente santé. L'épreuve de la tuberculine est presque généralement ignorée et cependant il a pu constater l'existence de la tuberculose chez trois troupeaux de vaches. La nourriture est généralement bonne. Cinq fermiers sur 254 donnent de la drèche à leurs vaches.

L'eau n'est pas toujours bonne; elle est même souvent contaminée par le voisinage de l'étable ou d'un tas de fumier. Il y a même 10 puits fortement souillés, et la contamination est possible dans 103 fermes. Le puit est dans 40 cas creusé dans l'étable même. Il y a évidemment beaucoup à faire là, car l'eau est une partie importante de l'alimentation des vaches laitières.

La majorité des fermiers, 213, donnent moins de 600 pieds cube d'espace à chacune de leurs vaches. Chez 39, même, chaque vache n'a que 200 à 300 pieds cubes.

Il n'y a pas de ventilateur dans 125 étables; 20 étables ont des murs et des plafonds très sales et poussiéreux. La cour a été trouvée malpropre chez 58 fermiers et très malpropre chez 15. Il n'y a pas assez d'éclairage dans 195 étables et M. Barré en a même trouvé 9 qui n'ont pas de fenêtre du tout.

Le plus grand nombre des étables sont insuffisamment éclairées. Si nous classons les étables d'après l'espace, la lumière, l'aération et la propreté, nous trouvons d'après M. Barré.

| Excellentes | Bonnes | Passables | Médiocres | Mauvaises | Très mauvaises. |
|-------------|--------|-----------|-----------|-----------|-----------------|
| 4           | 16     | 33        | 90        | 62        | 41              |

*environ 43% des étables sont mauvaises! C'est beaucoup trop!*

Nos cultivateurs sont très négligents pour la question du fumier. M. Barré en a même trouvé 3 qui laissent le fumier s'accumuler pendant 3 à 4 jours derrière les vaches dans l'étable. Il n'y a que 43 fermiers sur 254 qui enlèvent le fumier de l'étable et le transportent au champ. Tous les autres le déposent près de l'étable à une distance qui varie de quelques pieds à 100 pieds. Vingt ont une remise ou fosse à fumier; 87 le déposent près de l'étable; 63 dans la cour; 28 à quelques pieds et un seul à 100 pieds.

Il faut à tout prix attirer l'attention des fermiers sur les conséquences fâcheuses pour le lait qui découlent de cette paresseuse habitude.

\* \* \*

M. Barré a bien étudié les façons diverses dont se fait la traite chez nos fermiers.

Il est convaincu que bien peu lavent le pis de la vache, ou même se lavent les mains avant de faire la traite.

“ Je me suis trouvé à l'improviste, dit M. Barré, dans une étable où un employé était occupé à faire la traite. Voici ce qui avait lieu. Après avoir attaché la queue de chaque vache à une de ses pattes, sans se laver les mains il commençait la traite, en se mouillant les doigts avec le lait. L'opération terminée, il détachait la queue et la vache d'elle-même sortait de l'écurie. Comme la maison était assez éloignée, qu'il n'y avait pas d'eau ni de linges, à l'étable, il est évident que le pis des vaches n'avait pas été nettoyé. Quant aux mains du trayeur en supposant qu'elles aient été lavées au début, le maniement de la queue des vaches et de leurs attaches était plus que suffisant pour les souiller.

L'aération du lait, opération délicate et qui devrait se faire si proprement est mal faite un peu partout chez les fermiers visités. Quelques-uns la font dans la cave (3), près d'une porcherie (3), dans une laiterie (26), dans l'étable (11), dehors dans la cour (59), etc, etc. L'aération n'est pas faite chez 56 fermiers, et 76 seulement ont des aérateurs spéciaux; 86 font l'aération à la main. Comme le dit M. Barré il vaut mieux ne pas aérer le lait que de faire cette opération sans soins ou la faire dans un local insoluble.

Trente-sept et demi p. c. des expéditeurs n'emploient pas de glace. Ce chiffre est énorme et rien ne peut l'expliquer si ce n'est l'ignorance de nos fermiers à moins que ce ne soit leur négligence.

Il est si facile de se procurer de la glace dans toutes nos campagnes qu'il est honteux de voir le petit nombre qui en font usage. Trente-neuf fermiers refroidissent le lait dans un puit ou dans une source; 50 se servent de cuves remplies d'eau. M. Barré a trouvé l'eau de puits à une température de 40° à 50° g. Le lait transporté par voies de chemin de fer a en moyenne une température de 58.5°. Il est étonnant de constater que le lait est conservé à la campagne pendant 12 heures 24 et même 36 avant d'être expédié à la ville.

Deux cent vingt-six laitiers ne l'expédient qu'après 12 à 15 heures, 10 après 14 à 24 heures, 1 après 18 heures et 6 après 24 heures. Le lait du samedi soir est conservé jusqu'au lundi avant d'être expédié à cause de la rareté des trains le jour du dimanche.

Inutile de s'étendre sur les désavantages d'un tel état de choses. Tout le monde sait avec quelle facilité le lait se gâte en vieillissant.

lissant, par les germes de putréfaction qui résident en permanence dans les vieilles cannes, par l'accroissement des microbes qui se développent durant l'emmagasinage, et par le transversement dans les vaisseaux.

Si nous avions sur nos voies de chemins de fer des chars frigorifiques nous verrions disparaître une cause assez importante de putréfaction du lait. Les importateurs de fruits comme les exportateurs de fromages et beurre, en ont, pourquoi n'en avons-nous pas ? C'est je crois parce que nous ne le demandons pas avec assez d'instances.

Nous voyons tous les jours d'été, aux gares de notre ville, des cannes à lait exposées aux rayons ardents du soleil et cela pendant des heures entières. Serait-il impossible d'avoir un endroit à l'ombre, ou même pourvu de glace, où ces cannes à lait seraient déposées dès l'arrivée des trains ? L'état sanitaire des ustensiles de laiterie laisse beaucoup à désirer et la grande majorité des laitiers ont des cannes absolument impropres au transport du lait. Et ce qui est plus mal encore, ces vilaines cannes sont à peine rincées ou nettoyées à l'eau. Elles sont souvent, presque toujours, retournées à la campagne sans avoir été lavées, alors qu'elles devraient avoir subi un nettoyage complet.

D'après M. Barré, "les chaudières bien soudées font l'exception. Règle générale les ferblantiers emploient du métal trop léger et trop peu de soudure pour la construction des cannes, aérateurs, chaudières, ce qui rend leur entretien déjà très délicat encore plus difficile.

"Les joints du fond et ceux des côtés sont presque toujours recouverts d'une mince couche de soudure, qui se détache bientôt en plusieurs endroits et ouvre ainsi la porte à la rouille, etc, à la contamination. Elles deviennent alors impossibles à nettoyer convenablement. Cet état de chose est tellement répandu qu'il faudrait sévir contre l'usage prolongée de tels vaisseaux et appliquer la confiscation. (Rapport).

A la gare de Vaudreuil, M. Barré a trouvé le premier jour de l'inspection, sur un total de 346 cannes, 27 seulement indemnes de produits de putréfaction. Sur 73 cannes il trouva, le premier jour, 24 seulement qui avaient été rincées avant d'être envoyées de Montréal, le 5ième jour, il y en avait 50. Règle générale les cannes ne sont pas lavées avant 24 et même 36 heures. L'état

sanitaire des cannes après le léger nettoyage qu'on leur fait subir sur les fermes à leur retour n'est pas bien brillant. Il y a un total de 180 fermes où des cannes contenaient des résides putrides, dans les joints même après leur nettoyage.

“ En résumé, dit M. Barré, les vacheries presque irréprochables sont rares, mais il y en a. Règle générale, dans le cas d'une bonne étable, la laiterie ou l'endroit qui le remplace, laissent beaucoup à désirer, ou vice versa. Chez un certain nombre de fermiers, la manipulation du lait se fait dans des conditions passables, mais en beaucoup d'endroits, elle a lieu dans des conditions vraiment déplorables. Les mauvaises étabes, les laiteries défectueuses, le manque de bâtisses convenables à l'emmagasinage du lait, l'absence de glace ou son emploi trop restreint, une réfrigération lente et inefficace et l'usage d'un trop grand nombre de mauvaises cannes impossibles à nettoyer, voilà une partie des défauts capitaux du commerce du lait qu'il importe de corriger. (Rapport).

“ M. Barré suggère :

“ 1° De faire subir l'épreuve à la tuberculine à tous les troupeaux produisant du lait pour la vente en ville, et éliminer ainsi les vaches tuberculeuses.

“ 2° De faire l'analyse bactériologique de l'eau servant à l'abreuvement des vaches, ou lavage des cannes et autres ustensiles de laiterie.

“ 3° D'exiger de tous les producteurs de lait l'emploi d'une quantité suffisante de glace pour assurer une bonne réfrigération.

“ 4° D'exiger l'usage de meilleures cannes pour le transport et la distribution du lait et leur nettoyage complet en ville.

“ Les cannes pourraient :

a. — Etre construites en métal plus fort et mieux étamé.

b. — Avoir des formes moins anguleuses.

c. — Avoir des ouvertures plus grandes.

d. — Avoir le moins de joints possible, mais amplement aplanis et soudés.

e. — Avoir un cercle d'acier pour protéger la partie supérieure de la canne contre le brossage et les difformités.

“ Les bonnes cannes sont construites en métal brut (non étamé) complétées dans toute leur parties, et ensuite immergées dans l'étain fondu. De cette manière tous les points, rainures,

“cavités, sont complètement remplies. Je ne connais pas au Canada d'établissements outillés pour faire convenablement ce travail.

“Quant aux couvercles, ils pourraient être pressés au lieu d'être soudés, et hermétiquement fermés aux deux bouts. La partie inférieure au lieu de présenter un tube creux où s'accumule la saleté, offrirait une surface plane très facile à nettoyer.

“5° Continuer le travail d'investigation, qui est encore incomplet. Un grand nombre de vacheries n'ont pas encore été visitées, et il reste encore plusieurs causes de contamination à étudier, et des détails de nature plus ou moins vague à éclaircir.

“Un travail considérable et qui s'impose c'est l'examen bactériologique du lait tel que produit et distribué actuellement. Le résultat d'une telle étude indiquerait d'où nous viennent le bon et le mauvais lait. Ce serait de plus un puissant moyen de convaincre le cultivateur, le laitier et le consommateur de l'urgence des réformes à accomplir et faciliterait d'autant l'œuvre humanitaire de l'association.” (Rapport).

\* \* \*

Nous donnons toute la publicité possible au rapport de M. Barré, parce qu'il est excellent. Nous aurions aimé à le donner in extenso avec les tableaux surtout.

Mais nous sommes convaincus que ce que nous en publions aujourd'hui fait bien ressortir le mal qui existe et, à côté, le bien à faire.

Nous croyons que nos confrères des campagnes surtout devraient s'intéresser aux choses d'industries laitières, ils sauraient se faire écouter plus que les inspecteurs du pays.

\* \* \*

A la suite du rapport de M. Barré vient le rapport du Dr Edouard Laberge qui a fait pour la Ligue plusieurs analyses bactériologiques du lait. Il est court, nous le donnons in-extenso.

#### RAPPORT DU DR LABERGE

J'ai fait 30 analyses bactériologiques du lait mis en vente par les laitiers; ces analyses m'ont donné une moyenne de 987,917

bactéries par centimètre cube. Certains échantillons m'ont donné jusqu'à 4,975,000 bactéries par centimètre cube, le moins que j'ai compté est de 171,429, à ces chiffres il est intéressant d'ajouter le pourcentage de la mortalité infantile et de la mortalité générale dans la ville de Montréal, en dessous de 5 ans pendant les dix années 1890-1900.

| Moyenne de la population pendant les 10 années 1890-1900. | Moyenne de la mortalité générale pendant les 10 années 1890-1900. | Percentage de la mortalité chez les enfants au dessous de 5 ans chez les Canadiens Français. | Percentage de la mortalité chez les autres catholiques toujours au-dessous de 5 ans. | Percentage de la mortalité infantile chez les protestants au-dessous de 5ans. |
|---|---|--|--|---|
| 247 — 916   | 60 — 28   | 62 — 51  | 41 — 00  | 41 — 17   |

Laissez-moi inclure dans ce rapport les statistiques de la mortalité infantile dans d'autres villes.

|                    | Moyenne de la mortalité infantile. |
|--------------------|------------------------------------|
| Philadelphie ..... | 82 — 21                            |
| Boston.....        | 81 — 27                            |
| St-Louis.....      | 26 — 05                            |
| New York.....      | 36 — 19                            |
| Providence.....    | 34 — 44                            |
| Londres.....       | 36 — 02                            |

“ Dans les villes de Boston, Philadelphie et New-York, etc, il se fait un travail immense pour protéger la population contre le mauvais lait. Non seulement on exige que le lait contienne la quantité voulue de matières grasses, qu'il ne soit pas mouillé, mais aussi on recherche avec le plus grand soin les substances nuisibles qu'il peut contenir. Dans ces villes on s'assure de la propreté des laitiers et des producteurs de lait de la réfrigération continuelle etc., etc., et la conséquence est que la mortalité infantile, est de la mortalité qu'à Montréal dans certains quartiers.”

Que conclure d'après lecture de ce rapport, sinon qu'il faut agir immédiatement, les petits enfants qui se nourrissent de ce mauvais lait est qui en meurent, sont les victimes d'une indifférence et d'une négligence criminelle.

N'est-il pas temps de diminuer l'inique mortalité infantile donc nous avons le monopole ?

Notre ville est donc bien pauvre qu'elle n'ose dépenser quelques milliers de dollars pour conserver la santé à ces pauvres petits êtres.

\* \* \*

En dernier lieu vient le rapport du secrétaire sur le fonctionnement des bureaux de distribution de lait, au nombre de six que la Ligue du lait pur a pu établir au cours de l'été dernier.

---

## RAPPORT DE LA GOUTTE DE LAIT POUR 1905

Au Président et aux membres du comité des Finances de la cité de Montréal.

Messieurs,

Le Bureau de direction de La Goutte de Lait (The Pure Milk League) a l'honneur de vous soumettre un résumé du rapport de ses opérations de l'année 1905.

Ce rapport très concis suffira, cependant, pour démontrer le bien accompli, et la nécessité de continuer, avec plus d'ardeur encore, s'il est possible, le travail entrepris par la ligue.

Pour étendre ses opérations et en faire profiter également toutes les parties de la ville, la ligue a ouvert, cette année, trois nouveaux bureaux de distribution du lait; c'est-à-dire que six bureaux ont été en opération pendant les 4 mois d'exercice de 1905, du 1er juin au 1er octobre. En outre, il a été établi un laboratoire central, outillé et organisé pour la préparation du lait, suivant les méthodes appropriées.

Des gardes-malades, ayant reçu une éducation spéciale, furent envoyées dans les familles, pour donner aux mères des instructions, pour élever leurs enfants suivant les règles de l'hygiène.

4,555 paniers ont été distribués, ces paniers contenaient 32,883 bouteilles. et chaque bouteille comprenait le repas d'un enfant; en évaluant à 7 onces, comme moyenne, le contenu de chaque bouteille cela fait un total de 14,387 chopines ou 1798 gallons de lait distribué.

Presque tous les enfants, "91%," étaient malades et plusieurs même très gravement, ils souffraient de diarrhée ou de gastro-entérite; il n'y en avait donc que 9% qui étaient en santé. Malgré ces désavantages 86% ont été guéris ou améliorés

et la mortalité a été de 14% ; si l'on compare ce chiffre de mortalité de 14% avec les statistiques de la ville, qui donnent à peu près 40% de mortalité par diarrhée et gastro-entérite, chez les enfants de 0 à 1 an, on verra toute l'importance de l'œuvre, et la nécessité d'augmenter ses opérations.

La population est bien dispersée, et le plus grand nombre voudrait en profiter, mais on en est empêché par la difficulté d'aller chercher au loin la nourriture du bébé; il faudrait, de toute nécessité, que des bureaux de distribution fussent ouverts dans toutes les parties de la ville; nous verrions alors se développer promptement les fruits, déjà si beaux, que cette statistique nous offre.

Nous espérons, messieurs, que vous apprécierez à sa juste valeur, l'œuvre toute philanthropique de la Goutte de Lait, et que vous voudrez bien lui continuer l'aide généreuse que vous lui avez accordée dans le passé, en lui souscrivant un montant raisonnable.

Dr S. BOUCHER,  
Secrétaire.

\* \* \*

Nous venons de voir que la "Ligue du lait pur," a fait beaucoup de bien et nous devons l'en remercier.

Avec les deux mille dollars mis à sa disposition cette ligue a fait faire une enquête sur les laiteries dans les campagnes qui portera des fruits sûrement. Ces bureaux de distribution ont été largement patronisés par la population.

Que reste-t-il à faire? Comment produire du *bon* lait à la campagne?

Comment le garder *bon* et le transporter *bon* jusqu'à Montréal?  
Comment le distribuer *bon* aux familles?

Lorsque la Ligue a entrepris d'étudier la production du lait à la campagne, elle le fit sur demande et surtout pour apporter conviction en certain lieu que le premier chef dans les facteurs de la grande mortalité infantile, à Montréal, résidait à la campagne c'est-à-dire chez les fermiers laitiers. Nos enfants n'ont pas plus de faiblesse que ceux des villes d'Europe, s'ils meurent c'est qu'on les empoisonne. Il faut alors continuer le travail commencé par La Ligue; multiplier les inspections de fermes,

instruire les fermiers; faire appel à leur bonne volonté et à leur honnêteté. Il faut enfin faire des règlements et *toujours* les mettre en face.

Il faut, comme à New-York, que des inspecteurs vigilants, cette ville en a trente, surveillent la ville et la campagne et que le lait trouvé mauvais soit jeté à l'égout. Le laitier qui est deux fois en faute devrait perdre sa licence.

Ces mesures draconiennes sont nécessaires parce que la mauvaise volonté et la négligence sont trop souvent manifestes chez les laitiers.

Pourquoi ne pas exiger que le fermier à la campagne ne puisse expédier du lait à la ville sans obtenir une licence de notre Bureau de santé?

\* \* \*

La Ligue n'a pas l'intention de continuer ce travail d'inspection qui est du ressort du Bureau de santé.

Jusqu'ici deux inspecteurs seulement sont chargés de faire la surveillance des laitiers et dans la ville mais pas à la campagne.

C'est absolument insuffisant pour ne pas dire ridicule.

Je sais pertinemment que les inspecteurs, malgré toute leur bonne volonté, n'ont pas le temps de revoir le même laitier plus souvent que tous les mois, alors qu'ils devraient raisonnablement le surveiller tout les cinq à six jours.

Quelques-uns prétendent que la ville n'est pas obligée de faire l'inspection dans les campagnes et que c'est là chose du gouvernement provincial. Entendons-nous. Si les inspecteurs étaient obligés de surveiller tous les fermiers qui possèdent des troupeaux de vaches dans un rayon de plusieurs milles autour de Montréal je dirais moi aussi, que ce devoir incombe au ministère d'agriculture à Québec, mais lorsqu'il s'agit de faire la surveillance des fermiers qui fournissent du lait pour être distribué aux citoyens de Montréal, nous affirmons que le Conseil de ville est très intéressé à faire cette inspection lui-même, car ce travail doit bénéficier d'abord et surtout aux citoyens de Montréal.

Si le gouvernement de Québec voulait nommer des inspecteurs chargés d'instruire tous les fermiers de notre province sur l'industrie laitière il est évident que notre ville bénéficierait d'un tel travail. Mais il ne faut pas se borner à s'envoyer la balle de Montréal

à Québec; il est temps d'agir; le rapport de M. Barré existe, lumineux; la question y a été traitée de main de maître; il faut que notre bureau de santé marche de l'avant s'il ne veut pas être taxé d'incompétence!

L'exemple de New-York et de plusieurs villes américaines est là pour prouver que l'inspection à la campagne, et faite par la ville, est chose nécessaire. Chaque fermier qui envoie du lait à New-York est visité et toujours au moment où il s'y attend le moins, une fois par mois. S'il ne se conforme pas aux règlements municipaux sa licence est révoquée.

Allons, Messieurs les échevins, nommez d'autres inspecteurs pour la ville et la campagne et intéressez-vous aux petits!

\* \* \*

L'inspection du lait ne va pas sans son analyse chimique et bactériologique. Il est beaucoup plus important de savoir si un lait est fortement chargé de microbes que de connaître sa teneur en crème etc.

Or, notre ville possède un laboratoire de bactériologie parfaitement outillé pour toutes les analyses. Le docteur Edouard Laberge qui en est le chef est une autorité en la matière, et, si la ville veut lui fournir les assistants nécessaires nous connaissons bientôt les laitiers malpropres, ceux qui contaminent leur lait par de la négligence à l'étable et dans la traite ou avec des ustensiles trop vieux et mal nettoyés.

Les quelques analyses faites par le Dr E. Laberge et données dans son rapport ci-haut devraient pousser les échevins à agir le plus promptement possible.

Voilà qu'il ne sera plus permis de dire que les médecins exagèrent sans cesse; le mal a été touché du doigt. La ville a demandé des preuves, elles existent!

\* \* \*

La Ligue du Lait Pur a l'intention de consacrer toute son énergie au fonctionnement des bureaux de distribution de lait qu'elle désire de multiplier dans tous les quartiers si on lui en fournit les moyens.

Le rapport du docteur Boucher montre que l'œuvre s'est

agrandie et que le nombre des enfants alimentés est plus grand que l'année précédente.

Et pourtant il n'y avait que six bureaux de distribution alors qu'il en faudrait douze à quinze pour atteindre un peu toutes les pauvres familles et les petits enfants qui ont besoin de bon lait pour vivre.

Que la ville aide de ses deniers; qu'elle permette à la Ligue de faire plus et autant qu'il le faut, et en retour la mortalité infantile sera diminuée considérablement.

C'est avec cette arme que Rochester et d'autres villes américaines et Européennes ont pu réduire de 50% la mortalité chez les enfants. Ce qui est arrivé ailleurs arrivera chez nous!

J. E. DUBÉ.

### DE LA " PNEUMONIE "

Nous entrons dans la saison de la pneumonie. Bientôt les journaux seront remplis de statistiques tendant à démontrer la fréquence et la gravité de cette maladie. L'étiologie et la pathologie seront mises au point, mais s'il faut en juger par le passé peu de choses encourageantes seront dites du traitement.

Tout de même, plusieurs données ne doivent pas être perdues de vue. Quelques soient les drogues administrées, le patient doit avoir en abondance de l'air frais à respirer. Ne craignez pas qu'il prenne froid par un léger courant d'air sur la figure, cet accident est maintenant considéré comme impossible. Mais de plus, avec tout traitement interne, gardez le corps du malade chaudement recouvert et appliquez-lui une préparation dont l'effet sera de diminuer la pression sanguine dans les poumons. Les applications froides chassent le sang vers les centres et augmentent l'hyperhémie pulmonaire. Par contre l'usage de la chaleur a de nombreux inconvénients entre autres la nécessité de la renouveler souvent, ce qui nécessairement fatigue le malade.

Nous n'avons trouvé qu'une seule application chaude qui réponde aux besoins, c'est l'"antiphlogistine". Par son emploi, la vitalité du patient est conservée, le sang appelé vers la surface du poumon et l'énergie de l'action du cœur maintenue. Le malade n'est pas non plus troublé, par le renouvellement fréquent de l'application.

L'expérience nous a prouvé que, par l'usage de l'antiphlogistine, le malade est soulagé, la mortalité diminuée et que si la guérison de cette affection est possible, elle le sera plus sûrement par l'application de l'antiphlogistine que par tout autre moyen de traitement.

Le dix-huit décembre, une délégation composée de quelques membres de la Ligue du Lait Pur a été introduite auprès des comités des Finances, par le docteur Dagenais président du Comité d'Hygiène et l'un des directeurs de cette Ligue.

En l'absence du président M. le docteur A. D. Blackader, le vice-président, M. le docteur Dubé, adressa la parole au nom de la délégation.

Le docteur Dubé fit remarquer à l'assemblée que la copie du rapport de la Ligue, placée sur la table, lui donnait beaucoup plus d'assurance auprès des échevins que l'an dernier. Lorsque nous vous avons demandé de l'aide, nos états de services n'étaient pas à cette époque ce qu'ils sont maintenant. Nous vous apportons, aujourd'hui, la preuve irrefutable que le lait vendu, à Montréal, est mauvais. Lisez le rapport, Messieurs, et vous verrez que ce lait est gâté longtemps avant qu'il arrive entre les mains des laitiers qui le distribuent par la cité.

C'est à la campagne que le mal existe d'abord et surtout. Les vaches sont mal nourries et tenues sales, souillées de fumier dans des étables trop étroites, mal ventilées et pas suffisamment éclairées.

Le docteur Dubé dénonça les bidons rouillés et remplis de produits de putréfaction qui servent malheureusement dans quelques cas à transporter le lait pour nos enfants.

Cette incurie des fermiers laitiers conduit fatalement vers la grande mortalité infantile dont la ville n'a pas à se glorifier sûrement.

La Ligue n'a pas l'intention de continuer ce travail d'inspection dans les campagnes et le Dr Dubé demande au Comité des Finances de permettre au Bureau de santé de faire cette surveillance des fermiers qui expédient du lait à la ville. Il suggère au Conseil de demander aux compagnies de chemin de fer des chars frigorifiques, et plus d'accommodation aux différentes gares d'où part le lait. La glace est facile à obtenir partout et il y a possibilité d'améliorer considérablement le transport du lait si la ville l'exige. Les grandes compagnies se rendront plus volontiers à la demande du Conseil qu'aux prières de la Ligue, par exemple. Le docteur donne comme preuve l'organisation des marchands de fruits qui ont chars et entrepôts frigorifiques.

Le docteur Dubé demanda la nomination de plusieurs inspecteurs pour la ville. Les deux inspecteurs actuels ne peuvent pas suffire à la tâche, c'est reconnu.

Taxez s'il le faut, ajouta-t-il, mais donnez, donnez pour le soulagement des bébés malades. Il vaut mieux, conclut-il, avoir dix bureaux de distribution de lait pur que des arpents de route d'asphalte.

En réponse à l'chevin Carter le docteur Dubé dit que la Ligue avait les noms de tous les fermiers pris en faute mais qu'elle n'avait pas voulu les publier dans son rapport de crainte de blesser ces fermiers qui feront mieux sans doute si on les surveille et surtout si on leur dit comment faire.

M. l'chevin Lapointe ne veut pas que la ville fasse l'inspection des fermiers de tous les environs de Montréal. " Ne croyez-vous pas, dit-il, qu'il vaudrait mieux obtenir une législation spéciale du gouvernement à cette effet.

Sans doute, répondit le docteur Dubé, que l'inspection faite par le Gouvernement serait excellente, mais parce que nous ne l'avons pas encore, ce n'est pas une raison de dire que cette inspection ne nous regarde pas. Il ne s'agit pas de surveiller tous les fermiers sans exception, mais ceux-là seuls qui nous fournissent du lait. Nous sommes intéressés à avoir du bon lait et pour l'avoir il faut en prendre les moyens.

MM. les chevins, Deserres et Sadler affirmèrent avoir vu des bidons malpropres exposés au soleil à la gare de Vaudreuil pendant tout l'été. Tous deux demandent d'application sévère, par nos juges, des lois qui punissent les laitiers qui vendent du lait impur.

M. le docteur S. Boucher donna ensuite lecture du rapport des " Gouttes de Lait " ou bureaux de distribution de lait pur, lequel est publié dans ce même numéro du journal.

Le nombre de bouteilles données chaque jour cra une excellente impression.

Le docteur demande au comité des Finances une somme d'argent plus considérable que l'année dernière afin de permettre à la Ligue de faire plus de bien encore l'été prochain.

M. l'chevin Vallières, président du Comité de Finances, assura les membres de la délégation que leur requête serait prise en sérieuse considération.

# SOCIETES

---

## SOCIETE MEDICALE DE MONTREAL

---

*Séance du 28 Novembre.*

Présidence de M. BOULET.

### COMMUNICATION

M. ARNOLD LORAND (de Carlsbad). — *Causes et traitement des calculs biliaires.*

M. DURÉ félicite le conférencier de son travail. Comme lui il attache avant tout une grande importance au régime. Il abhorre la pilule qui fait tant de mal.

---

*Séance du 12 Décembre.*

Présidence de M. VALIN.

Le secrétaire donne lecture d'un discours prononcé au banquet du centenaire de la Société médico-chirurgicale de Paris, par M. A. Ethier, trésorier de la Société médicale de Montréal.

Monsieur le Ministre de l'Instruction publique.

Messieurs,

Au nom de la société médicale de Montréal, dont je suis l'un des membres et le représentant ici ce soir, permettez-moi de vous adresser les plus sincères remerciements pour l'insigne honneur que vous me faites en m'invitant à prendre part à cette grande fête donnée à l'occasion du centenaire de votre savante Association médico-Chirurgicale de Paris.

C'est un honneur pour moi d'avoir été désigné pour représenter à ce banquet une des sociétés-sœurs d'outre-mer, celle-là même qui est votre proche parente par des liens, je dirais, presque de consanguinité.

Le Canada qui doit son existence à votre belle France, se rappelle encore avec bonheur, malgré les événements qui nous en ont séparés, que la France d'aujourd'hui est encore sa Mère-Patrie.

Et c'est toujours avec un certain orgueil que le Canadien répond, quand on lui demande de quel pays il est et quelle langue on parle dans son pays: Je viens du Canada, je suis Canadien-français, et l'on parle encore là-bas la langue de nos pères, la belle langue française. Et nous en sommes fiers. Plusieurs d'entre vous, messieurs, ceux qui ont franchi l'Atlantique et qui nous ont fait l'honneur d'une visite, ces années dernières, ont dû constater par eux-mêmes que dans les veines des Canadiens-français, coule encore du sang français. Demandez-le au Professeur Pozzi qui a opéré une malade dans mon service de gynécologie à l'hôpital Notre-Dame, lors du congrès de 1904. Et chaque année nous le prouvons en venant ici puiser à la source même des sciences et des arts.

Et vous surtout, Messieurs les chirurgiens et les médecins des hôpitaux, vous devez le constater, en nous voyant en si grand nombre suivre vos cliniques, avides de profiter de vos doctes leçons.

C'est le rêve de notre vie d'étudiant qu'une fois diplômés de nos Universités de Québec ou de Montréal, il nous soit donné de venir à Paris entendre et voir à l'œuvre ces Farabeuf, Guyon, Fournier, Pozzi, Reclus, Terrier, Desnos, Bécélère, Richelot et tant d'autres que nous connaissons déjà par leurs ouvrages.

Au nom de nos confrères qui ont été vos hôtes ou qui le seront, merci, Messieurs, du bon accueil que vous nous faites dans vos services.

Je ne m'arrêterai pas, Messieurs, à vous faire l'histoire de la Société médicale de Montréal, qu'il me suffise de vous dire que cette société fut fondée il y a près de 25 ans par nos maîtres. Comme toute association, elle a eu ses beaux et ses mauvais jours, mais je puis dire que, depuis dix ans, elle est en voie de véritables progrès. Elle compte maintenant des filiales dans la plupart des districts ou départements de la Province de Québec.

Québec et plusieurs autres villes ont aussi leur société. Il y a encore à Montréal, une autre société formée par nos confrères anglais. C'est la *Montreal Medico-Surgical Society* qui est plus ancienne que la nôtre et qui marche aussi très bien.

L'hiver dernier, un banquet de la profession médicale, organisé par ces deux sociétés médicales, réunissait 247 convives, tant

anglais que français. C'est vous dire que l'entente est cordiale entre les confrères des deux races.

Au nom de ces sociétés anglaises et Canadiennes-françaises, merci, Messieurs, de votre bienveillant accueil.

— M. Denos, président de la société médico-chirurgicale de Paris, est nommé membre honoraire de la société médicale de Montréal.

#### COMMUNICATION

1° M. DE MARTIGNY, *la rétention vésicale et son traitement*. Il décrit les causes susceptibles de provoquer la rétention vésicale aigue chez l'adolescent chez l'adulte et chez le vieillard. Il insiste sur l'importance d'un interrogatoire serré du malade sur ses antécédents avant de faire toute tentative de cathétérisme évacuateur. Il expose ensuite les précautions antiseptiques qu'il faut prendre pour faire le cathétérisme, il conseille fortement de rejeter la sonde métallique, si dangereuse, et d'employer de préférence la sonde bécuille montée au besoin sur un des mandrins de Guyon.

Il dit quelques mots sur les opérations que souvent il faut faire, dans la suite, à un malade atteint de rétention vésicale, uréthrotonomie interne ou externe, prostatectomie: opération bénigne en somme.

#### DISCUSSION

M. ST-JACQUES approuve les remarques de M. de Martigny: à l'appui de ses dires, il cite une observation personnelle intéressante.

M. DE MARTIGNY est content de voir que M. St-Jacques partage son opinion sur les opérations à faire aux prostatiques de rétention. Il considère que dans ces cas l'opération est le traitement de choix. Toutefois chez un vieillard atteint pour la première fois de rétention complète le traitement médical donne de bons résultats; aux lavements chauds, aux lavages vésicaux il conseille d'associer le massage de la prostate, qui dans les cas d'hypertrophie à forme glandulaire donne de très bons résultats.

2° M. ROY. *Empyème et sinusite maxillaires. Diagnostic et traitement*. (Voir plus haut).

## DISCUSSION

M. VALIN demande à M. Roy de bien vouloir résumer en quelques mots sa communication. — Il dit que les praticiens en général n'ont pas les instruments voulus pour faire un diagnostic, et il aimerait surtout à savoir à quel moment le malade doit être envoyé au spécialiste.

M. ROY: répond que tout malade qui mouche du pus devrait être immédiatement dirigé chez le spécialiste. Que ce pus provienne d'une sinusite maxillaire, frontale, ethmoïdale sphénoïdale: ou encore qu'il dépende d'une affection tuberculeuse ou syphilitique du nez, le diagnostic en est souvent difficile et devrait être fait par un rhinologiste.

M. FOUCHER, au point de vue pratique, c-à-d. du traitement, on rencontre trois états différents dans les opérations du sinus maxillaire: la sinusite aiguë, l'empyème du sinus de date relativement récente (de quelques mois de durée), et enfin, l'empyème chronique dont l'origine remonte à plusieurs années. La sinusite aiguë, très commune au cours des coryzas aigus, s'accompagne elle aussi d'épanchements dans le sinus, cette sécrétion est liquide, ressemble au sérum ou encore mieux à du beurre fondu. Cet état disparaît avec la cause qui l'a produite ou passe à l'état chronique et peut devenir alors l'empyème de la seconde variété. Le traitement peut être exclusivement médical et se borne à décongestionner l'ostium avec la cocaïne ou l'adrénaline et préférablement cette dernière. Il suffit alors de faire pencher le malade pour renverser le sinus et un violent effort d'expiration vide la cavité. Ce procédé répété plusieurs fois par jour a raison rapidement des sinusites aiguës et m'a donné de très bons résultats. J'ai eu l'occasion, il y a quelques années, d'attirer l'attention de la société sur cette question ou je signalais en même temps la fréquence relative de cette variété de sinusite.

Quant à l'empyème de date récente, ce procédé me paraît insuffisant, ainsi que celui qui consiste à laver le sinus par l'ostium. Sans ce rapport je concours pleinement dans l'opinion émise par le conférencier. Cette injection est plus ou moins difficile d'exécution surtout entre les mains du patient, et si elle doit être pratiquée par le médecin, il faut la renouveler souvent et le patient se prête peu à ces manipulations fréquentes. Il vaut mieux

recourir à une opération, et, comme généralement l'empyème est d'origine dentaire, enlever la dent malade et de préférence la première grosse molaire s'il est nécessaire de sacrifier une dent saine. Le procédé sus alvéolaire, dans le seul but de ponctionner le sinus me paraît détestable: le tube s'y applique difficilement, il est mal supporté; de plus, comme la chose m'est arrivée, l'infection peut s'étendre à la joue et nous avons alors une fluxion qui est pour le moins très désagréable. Le procédé de Cooper est encore un bon procédé pour ces cas relativement récents et l'on peut espérer les guérir après quelques semaines ou quelques mois de lavages antiseptiques du sinus que le patient pratique lui-même aisément. J'ai traité ainsi un cas de ce genre chez une patiente de M. le Dr Valin, la guérison n'a pas tardé à se produire et s'est maintenue pendant près d'une année lorsqu'une nouvelle attaque survenue à la suite d'un violent coryza me l'amena de nouveau pour une seconde opération. Cette fois, je dois l'avouer, le résultat n'a pas été aussi bon, la patiente est encore sous traitement, elle est tombée dans la troisième catégorie des empyèmes chroniques avec complications, altérations profondes de la muqueuse du sinus et il lui faudrait maintenant une opération radicale qu'elle se refuse à accepter.

Pour des cas de ce genre l'opération de Caldwell Luc est toute indiquée. Il faut appliquer à ces sortes de suppurations les principes généraux de la chirurgie et ouvrir largement, bien curetter et inspecter la cavité et faire un drainage effectif. Sous ce rapport, l'opération de Caldwell Luc répond à tous les desiderata.

Puisqu'il a été question du diagnostic de ces affections j'attire aussi l'attention des membres de la société sur la nécessité d'employer de bonnes lampes électriques pour l'éclairage de Heryng. Les lampes de 5 à 8 volts peuvent convenir dans un certain nombre de cas surtout sur de jeunes sujets et surtout sur des sujets blonds à ossature peu développée. elles conviennent moins ou pas du tout sur des sujets âgés, à ossature prononcée chez des sujets fortement fréquentés. Je me sers habituellement d'une lampe de 12 à 13 volts dont je pousse l'éclairage à l'extrême limite à l'aide d'un transformateur ad hoc et sur laquelle je ne mets aucun protecteur. De cette façon, j'ai

tout l'éclairage disponible, et l'intensité lumineuse permet toujours d'établir des comparaisons entre les deux sinus, soit pour établir le signe de Davidson, celui de Garel ou de Robertson. J'ajouterai que l'éclairage des sinus s'opérant non seulement à travers le palais dur mais à travers les fosses nasales, les déviations de la cloison du nez, les épérons et les épaisissements de la cloison en général peuvent contribuer à modifier l'éclairage et doivent être mis en ligne de compte dans l'appréciation de symptômes observés.

M. ROY : dit que son travail a été écrit pour les dentistes, et que d'après le titre de sa communication, il ne devait pas parler de sinusite aiguë. En faisant l'examen à l'éclairage, il attache beaucoup d'importance à l'obscurité de la pupille, et à la suite de la guérison d'une sinusite après opération, si l'œil est obscur pendant quelques mois, c'est dû à la formation dans le sinus d'un tissu fibreux épidermisé par l'épithélium nasal.

ALBERT LARAMÉE.

---

# ASSOCIATION MEDICO-CHIRURGICALE DU DISTRICT DE JOLIETTE

Réunion du 11 décembre 1905.

Présidence de M. SHEPPERD

---

M. le président expose que :

Maintenant que l'Association est bien assise; qu'elle s'est donné une bonne constitution, d'équitables règlements, un code d'éthique médical concis et suffisant, de même qu'un tarif raisonnable; elle s'est imposé la mission de protéger ses membres contre la pratique illégale de la médecine, contre les rebouteurs et les charlatans.

“ J'ai, Messieurs, la satisfaction de vous annoncer que depuis notre dernière réunion, nous avons intenté trois nouvelles poursuites, dont deux contre un nommé Delcourt. Ces trois actions de même que celle pendante contre le susdit Mirault lors de notre dernière réunion, sont toutes réglées à notre gré. Nous avons touché de ce chef la somme de \$125.00, que nous avons en banque, à l'épargne, aux termes de notre Constitution. Le rebouteur Mirault, dompté par ces coups répétés, m'a prié de vous faire des propositions, ou plutôt m'a proposé des compromis que ma dignité professionnelle me défend de vous soumettre.

“ Enfin Messieurs, avant d'aborder l'ordre du jour, je dois vous dire que nous allons sans délai prendre des procédures judiciaires contre Destrempe, un guérisseur par hérédité.” (Il a hérité indivis et par ligne directe, d'un onguent de son grand-père).

—Monsieur le Gouverneur de notre district, (Laurendeau) dans une causerie intime, résume les travaux du Bureau des Médecins, à sa réunion de septembre dernier; traite de divers intérêts professionnels: puis demande aux membres de l'Association de bien étudier les questions suivantes, afin de pouvoir motiver l'expression de leur opinion à la prochaine séance, laquelle aura lieu le 12 mars 1905:

1° Motion de M. le Gouverneur Normand, demandant l'abolition du système d'assesseurs aux examens universitaires.

2° Motion de M. le Gouverneur Lessard, concluant à ce que le Bureau soit réduit de quarante trois à vingt-huit membres.

Proposé par M. le Dr Bernard, secondé par M. le Dr Ribardi :

Que l'Association Médico-Chirurgicale du district de Joliette approuve sans restriction la création d'un Bureau Central d'examineurs pour la Province de Québec, et que l'expression de ce sentiment soit transmise au Bureau des Gouverneurs par notre représentant M. le Dr Albert Laurendeau. Adopté.

Proposé par M. le Dr A. Magnan, secondé par M. le Dr G. Desrosiers :

Que les membres de l'Association donnent leur concours et leur influence aux agents d'assurance représentant les compagnies dont le tarif est conforme à la résolution adoptée à notre dernière séance, fixant le prix de chaque examen médical à \$5.00.

Et que copie de cette résolution soit transmise aux agents, et aux médecins du district, ainsi qu'aux diverses sociétés médicales de la Province. Adopté.

Proposé par M. le Dr Turgeon, secondé par M. le Dr A. Laurendeau :

Que copie de la résolution adoptée à notre réunion du 11 septembre 1905, "compagnies d'assurances," soit envoyée à toutes les Associations-sœurs de la Province, priant leurs membres d'étudier cette question, et de s'unir dans un mouvement commun, afin de faire prévaloir les justes réclamations de la profession. Adopté.

Proposé par M. le Dr Lippé, secondé par le Dr Turgeon :

Que l'Association approuve les procédures prises contre Mirault et Delcourt depuis notre dernière réunion, ainsi que le règlement de ces actions. Adopté.

Proposé par M. le Dr Martineau, secondé par le Dr Laporte :

Qu'un comité composé de Mrs les Dr Shepperd, Bernard, et Rivard, tous trois de Joliette, soit chargé de recevoir, examiner toute plainte de la part des membres de notre Association, contre un rebouteur ou un charlatan, et de prendre action en justice contre le dit rebouteur ou charlatan, s'il y a lieu. Adopté.

Proposé par M. le Dr Bernard, secondé par M. le Dr Lippé :

Que l'Association Médico-Chirurgicale du district de Joliette se fasse inscrire au "Congrès pour la répression de la pratique illégale de la médecine," lequel Congrès aura lieu à Paris, du 30 avril au 3 mai 1906; et que le secrétaire soit autorisé à payer la

somme de 20 francs à M. Ch. Levassard, (2 Place des Voges, Paris) secrétaire du congrès, prix d'inscription. Adopté.

Monsieur le Secrétaire profite de cette occasion, pour annoncer qu'il s'est engagé à faire un travail pour ce Congrès, en collaboration avec Maître A. Renaud avocat éminent de Joliette, sur la "Pratique illégale de la médecine dans la Province de Québec."

Il serait à désirer que nos médecins prissent part autant que possible à ces congrès internationaux, afin de faire connaître notre pays, notre profession à l'étranger. Je vous ferai remarquer, en passant, qu'au congrès sur la tuberculose, tenu à Paris tout récemment, je n'ai lu qu'un seul nom Canadien-Français. L'importance du sujet soumis à l'étude de tous les peuples, à cause de ses aspects scientifiques, médicaux et sociaux aurait dû, ce me semble, attirer l'attention d'un grand nombre de médecins canadiens.

Proposé par M. le Dr Desrosiers, secondé par M. le Dr Lippé: Que Messieurs les Dr Eugène Landry, de St-Barthélemy; J. A. Magnan, Ste-Elizabeth; Jos. Poirier, St-Cuthbert; et J. A. Ribardi, St-Ambroise de Kildare; soient admis membres de notre Association. Adopté.

Monsieur le Secrétaire Laurendeau donne lecture d'un travail sur "la pubiotomie, — et l'emploi de la scopolamine en obstétrique."

Un vote de remerciements est adopté en faveur du secrétaire pour ses travaux.

Proposé par M. le Dr Lippé, secondé par M. le Dr Magnan;

Que les membres de l'Association Médico-Chirurgicale du district de Joliette expriment à Mgr Archambault, évêque de notre district, leurs sympathies, au sujet de la perte sensible qu'il a faite dans la personne de sa mère vénérée. Et que l'expression de ces sentiments soit transmise à sa Grandeur. Adopté.

Rapport au secrétaire-trésorier:

|   |          |
|---|----------|
| Recettes totales depuis le commencement de l'année..... | \$159.67 |
| Dépenses totales do do .....                            | 24.85    |
|   | <hr/>    |
| Balance .....   | \$134.82 |

Et l'assemblée est ajournée au second lundi, 12 mars 1906, à une heure P. M. à l'hôtel commercial.

ALBERT LAURENDEAU,  
Secrétaire-Trésorier..

ASSOCIATION MEDICALE DU COMTE DE WOLFE

---

*Séance du 19 décembre 1905,*

Présidence du Dr CHICOINE.

---

Chez le Dr Antonio Pelletier, St-Camille, réunion des médecins du comté de Wolfe et d'une partie de Richmond:

Présents: Dr Alp. Thibault, Wotton, Président-Honoraire; Disraëli: Dr Chicoine, Président-Actuel; Weedon: Dr J. P. C. Lemieux, Vice-Président; Windsor: Dr Delisle; Watton: Dr Gravel; Garthby: Dr Dupont; St-Adolphe: Dr Belcourt; St-Camille: Dr Pelletier.

Proposé par le Dr Belcourt, secondé par le Dr Lemieux, que le Dr Thibault soit prié et autorisé de s'occuper de la révision du tarif concernant les expertises médicales — les médecins de campagne étant moins rénumérés que les médecins de ville.

Proposé par le Dr Lemieux, secondé par le Dr Gravel, que le secrétaire corresponde avec les secrétaires des autres associations médicales à cet effet afin qu'ils prient chacun de leurs gouverneurs de s'occuper de la chose auprès du bureau du collège des médecins et chirurgiens de la Province de Québec et auprès de leurs députés.

\* \* \*

Proposé par le Dr Delisle, secondé par le Dr Thibault, que le secrétaire de l'association médicale s'abouche avec le secrétaire respectif des autres associations médicales afin qu'une démarche collective expose auprès des compagnies d'assurance sur la vie pour leur demander d'élever leur tarif d'examen médicaux à \$5.00 et les mutuelles à \$2.00 — distance chargée en plus — d'après le tarif de l'association.

Au cas où il y aurait rejet de cette requête par les compagnies d'assurance l'association médicale de Wolfe s'engage à suivre ce tarif et à ne pas faire d'examen pour un tarif plus bas.

Proposé par le Dr Gravel, secondé par le Dr Dupont, que chaque société médicale mette cette idée, en définitive, aux mains de leur gouverneur respectif, afin qu'il y intéresse le Bureau des médecins et chirurgiens de la Province de Québec.

\* \* \*

M. le Président, Dr Chicoine, donne lecture d'observations sur plusieurs cas de typhoïdes.

MM. les Dr Thibault et Lemieux — suivant l'exemple du président — acceptent de lire, à la prochaine assemblée, sur un sujet médical à leur choix.

Réunion au commencement de mars chez le Dr E. Chicoine, de Disraëli.

Dr ANTONIO P'ELLETIER,

*Sec. Ass. Méd. Wolfe.*

---