

# Le Bulletin Médical de Québec

PUBLIE SOUS LA DIRECTION DE

- M. AHERN, Professeur d'anatomie descriptive, chirurgien de l'Hôtel-Dieu,  
M.-D. BROCHU, Surintendant de l'Asile des aliénés, de Québec, Professeur de pathologie interne,  
des maladies nerveuses et mentales, Médecin de l'Hôtel-Dieu.  
F.-X. DORION, Docteur en Médecine, Gouverneur du collège des Médecins  
P.-V. FAUCHER, Docteur en Médecine  
R. FORTIER, Professeur de pédiatrie et d'hygiène  
A. MAROIS, Professeur de Médecine légale et de toxicologie, chirurgien de l'Hôtel-Dieu  
EUG. MATHIEU, Professeur agrégé, suppléant à la clinique médicale.  
C.-R. PAQUIN, Docteur en Médecine, Gouverneur du collège des Médecins  
A. SIMARD, Professeur d'anatomie pratique et de Méd. opératoire, chirurgien de l'Hôtel-Dieu  
L.-J.-A. SIMARD, Professeur de physiologie et de pathologie générale, du cours  
spécial des maladies des yeux et des oreilles  
EDWIN TURCOT, Professeur de Matière Médicale, Médecin de l'Hôtel-Dieu  
CHARLES VERGE, Docteur en Médecine, chef du Service d'Electrothérapie à l'Hôtel-Dieu.

AVEC LA COLLABORATION DE

- L. CATELLIER, Professeur de pathologie externe, de Médecine opératoire, chirurgien de l'Hôtel-Dieu  
P.-C. DAGNEAU, Docteur en Médecine — W. H. DELANEY, Docteur en Médecine  
N.-A. DUSSAULT, Professeur agrégé, assistant à la clinique ophtalmologique et  
Rhino-Laryngologique. — L. N. J. FISET, Docteur en médecine.  
L.-O. GAUTHIER, Docteur en Médecine — S. GRONDIN, Professeur d'obstétrique,  
de Gynécologie, Gynécologiste à l'Hôtel-Dieu — J. GUÉRARD, Docteur en Médecine —  
AUGUSTE C. HAMEL, médecin-chirurgien, et professeur d'histologie et de bactériologie.  
A. JOBIN, Docteur en Médecine, Gouverneur du Collège des Médecins —  
JOS. LACHANCE, Docteur en Médecine — E. LACERTE, Docteur en Médecine —  
A. LESSARD, Docteur en Médecine — R. MAYRAND, Docteur en Médecine. — P. NORMAND,  
Docteur en Médecine, Gouverneur du Collège des Médecins — E. POLIQUIN, Docteur en Médecine  
L.-C.-O. SIROIS, Docteur en Médecine, Gouverneur du Collège des Médecins

## ABONNEMENTS

Un an

\$2.00 | Le numero

50 Cts

ABONNEMENT SPÉCIAL POUR M<sup>rs</sup> LES ÉTUDIANTS \$1.00

Rédaction : Dr ROBERT MAYRAND 33, rue St-Jean.

Administration : Dr A. MAROIS, 51, rue St-Louis.

J. A. K. LAFLAMME, IMPRIMEUR, 82, Côte Lamontagne, Basse-Ville, Québec

FURONCLES, ANTHRAX  
Suppurations, Diabète,  
Grippe, Leucorrhée,  
Constipation, etc. LA

# LEVURINE

de COUTURIEUX, 57, aven. d'Antin, Paris  
est le seul oral produit de ce nom  
dérivé de la LEVURE DE BIÈRE  
En Sachets, en Poudre et Comprimés

# PANOPEPTON

Le meilleur des aliments d'urgence.

Dans le shock ou le collapse, dû à un accident, à une opération, à la crise d'une maladie aiguë, au surmenage, à une indisposition subite, ou à toute autre cause, le Panopepton est le meilleur et le plus certain des reconstituants.

C'est toujours prêt; s'accorde toujours bien avec l'estomac, est immédiatement absorbé; et produit l'effet reconfortant d'un aliment diffusible.

Le Panopepton n'agit pas simplement comme un stimulant; il nourrit et donne de la force.

Le Panopepton peut s'administrer aussi en injections rectales avec des résultats très satisfaisants—voyez "Aliments peptonisés en injections rectales,"—par Fairchild. Cette brochure est expédiée aux médecins sur demande.

FAIRCHILD BROS. & FOSTER

NEW YORK

---

## LE FERROGEN (Frosst)

---

CONTIENT DANS CHAQUE ONCE LIQUIDE

*Fer Métallique,* 3 grains.

*Manganèse Métallique,*  $\frac{1}{2}$  grain.

*Extr. Fl. de Cascara,* 20 min.

*Associés à des peptones.*

---

### Usages

---

**Anémie, Chlorose, Amenorrhée.**

DOSE : Deux à quatre drachmes fluides.

L'addition de doses toniques laxatives de cascara sagrada à cette préparation de Peptonate de Fer et de Manganèse a été très appréciée par la profession médicale qui montre clairement qu'elle y a confiance puisque plusieurs de ses membres les plus influents le prescrivent tous les jours. Nous enverrons avec plaisir gratuitement un flacon (16 oz.) à tout médecin desirieux de l'essayer s'il veut payer les frais de transport.

Spécifiez toujours en prescrivant le Ferrogen (Frosst)

# LE " BULLETIN MÉDICAL " DE QUÉBEC

## TABLE DES MATIÈRES

*Septième Année*

### TRAVAUX ORIGINAUX

	Page
Tumeur de la capsule du rein, Dr M. Ahern.....	1
Bromhydrate de scopolamine comme anesthésique, Dr A. Laurandeu.....	7
Le Trachôme et l'immigration, Dr J. D. Pagé.....	13
Cancer du cardia. Jéjunostomie latérale avec canalisation, Dr A. Simard.....	50
La chylurie, Dr J. Marion.....	57
Contribution à l'étude de la fixation du rein, Dr A. Simard.	97
Utérus fibromateux compliqué de grossesse, myomectomie, Dr A. Marois.....	108
Traitement de l'infection puerpérale grave par les injections intra-veineuses de collargol, Dr P. A. Gastonguay.....	146
L'Anesthésie par la scopolamine-morphine et ce qu'il faut en penser, Dr C. Dagneau.....	152
Le Soemuoïforme et ses avantages sur les autres modes d'a- nesthésie en chirurgie dentaire, Dr A. Lantier.....	189
De l'anesthésie chirurgicale par la scopolamine-morphine, Dr A. Laurendeu.....	241
Traitement rationnel et précoce de l'avortement incomplet, Dr P. A. Gastonguay.....	285-333
Traitement de la tuberculose pulmonaire, Dr G. Pinault....	344
Périnéorrhaphie par interposition des releveurs de l'anus, Dr P. A. Gastonguay.....	381
Chorio-Epithélioma, Dr M. Ahern.....	477
A propos de " Gigli, " Dr P. A. Gastonguay.....	488
Modification du lait de vache pour l'alimentation des nou- rissons, Dr G. Pinault.....	500
La tuberculose: Etiologie, prophylaxie, Dr A. Rousseau...	525
De la forme syncopale de l'avortement, Dr P. A. Gastonguay.	546

### REVUE DES JOURNAUX

#### *Médecine*

Les traitements actuels du tétanos, Dr H. Grenet.....	73
Le traitement des ictères, Fiessinger.....	115
Peut-on se préserver de la syphilis?.....	176
Examen du sommet du poumon, M Letulle.....	160-207-274-304
Le traitement des dyspnées, Fiessinger.....	227-269
Première étape de la tuberculose pulmonaire. Diagnostic précoce par l'auscultation, Prof. Grancher.....	216-256

	Page
Traitement diététique de la diarrhée chronique.....	252
La cure de déchloruration, Dr L. Rénon.....	295
Les faux gastropathes, Déjerine.....	396
Coup de soleil—Coup de chaleur, Dr E. Ricklin....	565

### *Chirurgie*

Thérapeutique des voies urinaires.....	47
Rhino-Pharyngiens. Types cliniques chez l'enfant, Dr A. Dussault.....	25
Traitement local des urétrites chroniques, Dr P. Lebreton...	63
La pronation douloureuse des enfants.....	84
Tuberculose rénale. Diagnostic et indications thérapeutiques.	112
La scopolamine en obstétrique, Dr A. Laurandean.....	157
Traitement des infections chirurgicales par le Phénol camphré	167
Curettage de l'utérus post-partum.....	170
Réduction des luxations de l'épaule, Dr G. Marion.....	388
Traitement de Bier.....	413-461

### FORMULAIRE

Les solutions pour injections intra-utérines.....	138
Mixtures anti-odONTALGIQUES.....	422
Traitement des otites moyennes.....	424
Dyspepsie hypersthénique.....	468
Une bonne formule d'appétitif.....	503

### SOCIÉTÉS MÉDICALES

Société Médicale de Québec.....	28-34 37-86-128-314
Association Médicale Comté de Wolfe.....	43-235-506
Association médico-chirurgicale de Joliette.....	87-180-388-508
British Medical Association.....	1.31
Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord. Troisième congrès.....	183-321-429-450-473-494
Troisième congrès international d'Electrobiologie et de Ra- diologie médicale.....	188
Société Médicale Comté de Terrebonne.....	234

### VARIÉTÉS

Feu le Dr L. J. A. Simard.....	91
Notre journal.....	49
Glanures.....	199
Communication.....	283
Nouvelle.....	284
Mouvement chirurgical à l'Hôtel-Dieu de Québec pendant le mois de Juillet 1906.....	561

### INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Les privilèges universitaires et la question de la création d'un bureau central d'examineurs.....	371
--	-----

# **Travaux Originaux**

---

## **TUMEUR DE LA CAPSULE DU REIN**

---

Certaines affections des reins sont assez fréquemment accompagnées par une hypertrophie du tissu adipeux entourant l'organe, mais les tumeurs de cette capsule adipeuse sont assez rares pour excuser la publication de l'observation suivante.

Mdme M., de la ville de Québec, employée publique, âgée de 48 ans, entre à l'Hotel Dieu du Précieux Sang, Québec, le 1er septembre 1903, se plaignant d'un gros ventre.

Mariée à 22 ans elle était veuve à 46.

Elle eut quatre grossesses qui se terminèrent heureusement par des accouchements naturels à terme. Elle a nourri ses enfants qui sont tous vivants.

C'est une petite femme pâle, maigre, nerveuse, qui dit que le ventre lui grossit et que la moindre marche la fatigue beaucoup et l'essouffle. Malgré qu'elle eût toujours un tempérament faible elle jouissait d'une assez bonne santé jusqu'à il y a 3 ans quand elle eut pendant plusieurs mois des douleurs dans le bas ventre et dans les reins, des nausées pendant 3 semaines, de la constipation, des céphalalgies intenses avant les règles, plus abondantes que d'habitude, des insomnies, un peu d'œdème des malléoles, de la bouffissure de la face et de l'albuminurie avec un rein mobile à droite. Depuis lors elle est toujours restée faible et nerveuse.

Maintenant elle se plaint de douleurs dans le milieu du dos et d'une sensation de plénitude dans le ventre. Elle a bon-appé-

tit mais digère mal depuis des années. Certains aliments lui causent des douleurs au creux épigastrique. C'est la viande qu'elle digère le mieux. Les selles ainsi que les mictions sont normales. Elle se lève une fois la nuit pour uriner. Elle n'a jamais eu de symptômes urinaires ou intestinaux. Malgré que la marche l'essouffle, il n'y a rien d'anormal du côté du cœur, de la circulation ou des poumons.

La menstruation, commencée à l'âge de 11 ans s'est effectuée régulièrement tous les mois, pendant trois jours, en quantité moyenne, précédée et accompagnée de douleurs dans les reins et le bas ventre, rarement assez intenses pour obliger la malade à interrompre ses occupations. En 1900 pendant quelques mois ses règles, plus abondantes, étaient précédées de céphalalgies intenses. La ménopause s'est effectuée il y a 2 ans. Pas de leucorrhée.

*Examen.*—L'abdomen est augmenté considérablement de volume, surtout du côté droit où la paroi antérieure est soulevée par une tumeur intra-abdominale qui s'étend de l'hypochondre droit à la fosse iliaque du même côté; qui dépasse un peu la ligne médiane en avant et qui fait saillie en arrière dans la région lombaire. Cette tumeur emplit toute la moitié droite de l'abdomen et empiète un peu sur la moitié gauche. Elle est de consistance uniforme, mate partout à la percussion, fluctuante, immobile pendant la respiration et non mobilisable par les pressions; elle est distincte du foie et ne descend pas dans le bassin; le colon ascendant est repoussé au côté interne de cette grosseur qui n'est douloureuse ni spontanément ni à la pression. Les organes contenus dans le bassin sont sains.

*Diagnostic.*—Tumeur rétropéritonéale, probablement un kyste.

Septembre 2, 1903.—*Opération.*—Anesthésie par un mé-

linge de Chloroforme une partie, Éther deux parties, administré au moyen de l'appareil de Clover, sans le sac.

Incision verticale, à droite de la ligne médiane, passant à travers la gaine du muscle droit de l'abdomen. A l'ouverture de cette cavité la tumeur était visible en arrière du péritoine pariétal postérieur qui fut incisé pour l'exposer. Le côlon ascendant, repoussé en dedans vers la ligne médiane était étalé en avant de la partie interne de la tumeur. Celle-ci était formée par une masse solide, de coloration jaunâtre, qui en haut passait sous le foie jusqu'à son bord postérieur et se terminait en bas dans la fosse iliaque droite. Trop volumineuse pour être enlevée tout d'un morceau nous fûmes obligés de la morceler, ce qui se fit assez facilement avec les doigts vu qu'elle était formée de lobules plus ou moins considérables, séparés par des lames de tissu conjonctifs. Quelquefois ces lames étaient assez denses pour exiger l'emploi de l'instrument tranchant pour les sectionner. Au centre de la masse nous trouvâmes le rein droit petit, gros comme un œuf de poule, brun foncé presque noir; les éléments du pédicule rénal furent ligaturés séparément vu qu'ils étaient dissociés. L'hémorrhagie fut peu considérable.

La capsule surrénale n'a pas été vue. La tumeur était facilement séparable des organes environnants.

Après avoir enlevé la tumeur et le rein, et avoir fait une hémostase soignée de la loge qu'elle occupait l'ouverture dans le péritoine pariétal postérieur fut suturée et la paroi abdominale antérieure fermée par plusieurs plans de sutures sans drainage.

Les suites de l'intervention furent heureuses; la malade guérit sans incident.

Cette tumeur qui prit à peu près 18 mois pour se développer pesait 3.86 kilos et semblait formée par une agglomération de masses adipeuses de dimensions variées et de forme ovoïde, réunies par des bandes de tissu conjonctif. Vers le centre de la

tumeur se trouvait le rein droit, diminué de volume, et presque noir. Partant de l'extrémité inférieure du rein et se portant en bas et en dedans au milieu de la masse adipeuse il y avait une trainée rougeâtre d'à peu près deux pouces et demi de long et ressemblant beaucoup à un faisceau de fibres musculaires. L'uretère traversait la tumeur d'avant en arrière passant en arrière à sa partie inférieure. La masse enlevée avait toutes les apparences d'un lipome. Malheureusement un examen microscopique n'a pu être fait.

Les lipomes rétropéritoneaux ne sont pas très fréquents. Jusqu'en 1897 il n'avait pas été fait de travail d'ensemble sur ce sujet. Alors le Prof. Adami de McGill publia dans le Montreal Medical Journal deux observations et réunit en tableau les principaux faits se rapportant aux cas publiés jusqu'alors. Parmi ceux-ci il en signale 15 qui avaient pour siège la capsule adipeuse du rein. Hartmann et Lecène, en 1903, rapportent une nouvelle observation et résument l'histoire de 33 cas. A ceux-ci il faut ajouter 4 autres énumérés dans le tableau de Adami mais laissés de côté par Hartmann. Avec une nouvelle observation dans la Revue de Chirurgie vol. 28, p. 401, et le cas ci-dessus décrit nous avons en tout 39 observations de tumeurs de la capsule adipeuse du rein.

Deux fois on a observé de ces tumeurs chez des enfants. Mais c'est surtout de 30 à 60 ans qu'on les rencontre. Plus souvent chez la femme, 31 fois sur 39 observations. Elles siègent un peu plus souvent à droite qu'à gauche. Généralement ces néoplasmes se développent lentement. Elles prennent plusieurs années avant d'être découvertes et peuvent durer encore plusieurs années avant de produire la mort qui est toujours due à la compression des organes voisins par l'agrandissement de la tumeur. Elles peuvent atteindre un volume considérable pouvant peser jusqu'à 58 livres. Elles sont peu adhé-





## TUMEURS LIPOMATEUSES RÉTRO-PÉRITONEALES

*Bibliographie*

*Adami J. G.*—Montreal Med. Journal.—Janvier et février 1897.

Il rapporte deux observations et donne sous forme de tableaux les points les plus importants de l'histoire des cas rapportés jusqu'alors, ainsi que la bibliographie.

*Gardiner et Adami.*—Montreal Med. Journ. Juin 1900.

*Hartmann. H. et Lecène Paul.*—Les tumeurs de la capsule adipeuse eu rein. Travaux de chirurgie anatomo-clinique, par Henri Hartmann. (Voies urinaires—Estomac.) 1903 page 45. Les auteurs dans ce travail rapportent une observation et résument l'histoire de 32 autres.

*Souligoux M.*—Revue de chirurgie, vol. 28 page 401.

DR. M. J. AHERN.



## LA LACTO-GLOBULINE COMME ALIMENT

Dans toutes les maladies aiguës et les états de déchéance, le besoin le plus urgent de l'économie, est une nourriture facile à digérer, facile à préparer et qui fournit aux systèmes musculaire et nerveux un apport abondant de substance alimentaire. La Lacto-Globuline remplit ces indications d'une manière très satisfaisante.

Au cours des fièvres continues, un des plus grands dangers, est l'usure des muscles, et la perte du pouvoir contractile du cœur. Il a été démontré par l'expérimentation la plus précise, que les pertes subites par les tissus musculaires ne peuvent être empêchées que par l'usage approprié de protéides. La Lacto-Globuline est un aliment pratique, facile à préparer, facilement digéré et très nutritif.

## DU BROMYDRATE DE SCOPOLAMINE COMME ANESTHESIQUE GENERAL

(ALBERT LAURENDEAU, M. D., St. Gabriel de Brandon)

(*Suite*)

Depuis ma première communication parue dans le Bulletin, en avril dernier, au sujet de la scopolamine, comme anesthésique général, appliquée surtout à la chirurgie, j'ai reçu un bon nombre de lettres de divers confrères de la Province, me demandant certains renseignements additionnels, ou me priant de préciser davantage certains détails techniques quant au mode d'emploi de ce médicament. Je dois dire que la réponse à la plupart des questions, ou même des objections que l'on m'a ainsi faites, se trouve en somme dans l'une quelconque des correspondances que le Bulletin a publiées depuis cette date à ce sujet. Je prierai donc, Monsieur le Rédacteur, les lecteurs de votre estimé journal de médecine, qui se proposeraient d'expérimenter ce nouveau procédé d'anesthésie, de bien vouloir relire attentivement toute la série des articles parus depuis cette date.

A ceux qui m'ont demandé comment s'y prendre pour se procurer du bromhydrate de scopolamine, je suis heureux d'ajouter qu'à ma demande, l'établissement Evans & Sons, 32 to 36 rue St-Gabriel Montréal, tient régulièrement en pharmacie ce produit de Merck, en petites fioles de 5 grs. au prix de \$1.50 chacune. Si l'on considère que 5 grs. fournissent 250 injections hypodermiques de 1/50 de gr., et que pour les opérations les plus graves, trois injections consécutives sont suffisantes, l'on conviendra que le prix de revient est encore modéré.

Un point sur lequel j'ai quelque peu modifié mes premières

impressions, c'est sur la stabilité thérapeutique de la solution aqueuse scopolamique. J'ai constaté que cette solution conserve ses propriétés anesthésiques durant un temps assez long, mais son efficacité s'en va diminuant avec le temps. Une vieille préparation : telle une solution âgée de quatre mois, que j'utilise encore, produit bien un effet physiologique analogue, mais la narcose est un peu atténuée ; partant pour obtenir un effet identique il faut augmenter la dose, et cela approximativement, dans l'état actuel du moins ; et la puissance de ce médicament est si considérable, qu'il faut nécessairement y mettre beaucoup de précision. Je cherche dans le moment une solution apte à conserver pendant longtemps intactes, les propriétés de la scopolamine. J'avais d'abord songé aux comprimés hypodermiques tels que nous les livrent les usines américaines, si peu encombrantes, si pratiques, si commodes pour toutes préparations extemporanées, et j'ai écrit à ce sujet à la fabrique Merk, mais je n'ai pu avoir de réponse satisfaisante. Je me propose de soumettre ce projet à la maison Parke Davis, avec l'espoir que les médecins-chimistes distingués, attachés au laboratoire de cet établissement, pourront trouver le moyen de livrer au commerce des tablettes hypodermiques de scopolamine à divers titres, fixes et stables. En attendant, dans le même ordre d'idées, soupçonnant qu'un liquide neutre, stable, stérile et antifermentescible pourrait conserver mieux et plus longtemps les propriétés anesthésiques de cet alcaloïde, je suis à essayer divers véhicules, dont l'un imaginé par Petit, pharmacien français, lequel me paraît très rationnel : C'est un glycéro-alcoolé que l'on peut formuler ainsi :

Glycérine neutre ..... deux parties

Eau distillée.....une partie

Alcool à 95°, Q. S. pour amener le tout à la densité de l'eau.

Petit emploi ce véhicule pour la préparation de sa solution de digitaline cristallisée. L'on sait que ce dernier alcaloïde est assez fragile, et cependant la solution conserve ses propriétés presque indéfiniment.

Je crois pouvoir affirmer que le jour où l'on pourrait trouver moyen de distribuer la scopolamine en tablettes hypodermiques, ou en solutions inaltérables, la chirurgie rurale bénéficiera largement de ce merveilleux anesthésique ; seule la difficulté de manipulation de ce médicament héroïque me fait hésiter à la recommander sans réserve ; et pour faire cette affirmation, je m'appuie sur 25 observations dont la dernière, l'une des plus typiques, est la seule que je consignerai ici aujourd'hui.

Il y a environ quatre mois, madame P. de St. Didace, vint me consulter au sujet de troubles de la miction qu'elle ressentait depuis un certain temps. Cette femme âgée de 62 ans, bien constituée, n'a jamais eu de maladie grave. Aucune tare constitutionnelle ni héréditaire. Mariée à 45 ans, elle n'a jamais eu d'enfants.

L'interrogatoire et l'examen révèlent les faits suivants :

*Symptômes subjectifs.*—envies fréquentes d'uriner, ténésme vésical, sensations d'obstruction dans le canal de l'urètre.

*Symptômes objectifs.*—L'examen per vaginam révèle une tumeur située dans l'épaisseur de la paroi urétrale, proéminant du côté du vagin, à environ un pouce du méat urinaire. J'eus peine à passer dans la vessie une sonde du plus fin calibre. Urines normales, pas de température.

Je dis à Madame P. . . . que je ne pouvais pas préciser la nature exacte de cette tumeur, mais qu'une opération était seule capable de la guérir. J'avais oublié cet incident, lorsqu'au 26 juillet dernier Madame P. . . . me revint quelque peu démoralisée. Elle me raconta qu'à la suite de mon premier examen, elle était allée à Montréal, à l'hôpital Notre-Dame ; que là deux

ou trois médecins l'avaient examinée; qu'on lui avait brûlé quelque chose à l'entrée du vagin, et que finalement on lui avait dit que ce n'était rien.

Avec l'assentiment de la malade, je priai mon confrère et ami, le Dr Gervais de Berthierville, de passage à St. Gabriel de Brandon, de faire avec moi l'examen de ce cas, ce qu'il accepta de bonne grâce.

Pour piquer au plus court, les symptômes étaient les mêmes qu'en premier lieu, mais beaucoup plus prononcés. L'obstruction était presque complète; je n'ai pu passer une bougie filiforme. Je voyais à l'ouverture du méat pointer l'extrémité rouge d'une tumeur ressemblant à un polype ou à un fibrome; enfin la malade souffrait beaucoup de rétention urinaire.

Dans le cours de quatre mois, la tumeur avait donc allongé d'environ un pouce du côté de l'extérieur. Du côté de la vessie, les bornes me paraissaient les mêmes qu'auparavant.

Encore une fois, je lui proposai une opération. La malade un peu pusillanime s'en retourna indécise.

Bref, au 22 août, vaincue par les souffrances, elle vint camper dans mon village, et je l'opérai le lendemain. L'on a dit que notre peuple Canadien-Français était routinier, rétrograde même, je crois que c'est à tort:—nos gens ont l'esprit ouvert à tous les progrès,—peut-être même aiment-ils trop les innovations. Toujours est-il que cette bonne dame qui avait entendu dire que je me servais d'un nouvel anesthésique, et qui en avait entendu vanter les propriétés, me pria de l'endormir avec cet agent, afin de lui épargner la vue des préparatifs opératoires, ainsi que l'administration du chloroforme qu'elle redoutait particulièrement.

A 7 heures a. m. le 23 août, je lui donne en injection hypodermique 1/50 de gr. de scopolamine et 1/5 de gr. de morphine; à 8 hrs et demi je renouvelle l'injection et je fais mes

préparatifs. A 9 hrs et demi, nous portons la malade sur la table et je l'opère sans une goutte de chloroforme, sans un mouvement de la patiente. Je passai d'abord successivement une demie douzaine de sondes et de bougies de grosseurs différentes, en commençant par un No. 2 anglais, jusqu'au No. 9, ce qui prit bien une heure, (c'est ici, où se manifeste la supériorité de la scopolamine sur les anciens narcotiques) puis je passai un bistouri mince, à lame longue et étroite, jusqu'au delà de la tumeur que je fendis en deux, tout en ayant soin de ne pas traverser la paroi urétrale de part en part, chose facile à éviter, en tenant l'index gauche dans le vagin sur l'urèthre. Ayant ainsi donné du jour, avec une bonne curette (la curette tranchante de Rinsing pour curettage utérin) j'arrache toute la tumeur qui s'en vient par fragments, tout en prenant garde encore, de ne pas perforer le canal urétral.

Pour terminer je place à demeure un long cathéter No. 18 anglais, en caoutchouc mou, que je fixe selon les règles ordinaires, et que je laisse en place deux jours. Ensuite je passe ce même cathéter soir et matin, que je laisse à demeure durant une heure environ, jusqu'à guérison parfaite.

L'opération a duré en tout une heure et demie; la malade s'éveilla vers 6 hrs p. m., parfaitement bien, et n'a commencé à se plaindre de son cathéter que le lendemain matin. Elle retourne dans sa famille le 6 septembre parfaitement guérie.

Je dirai maintenant à tous ceux qui savent combien est exquise la sensibilité de la muqueuse urétrale, et combien est parfois longue la dilatation forcée de l'urèthre dans la plupart des rétrécissements, que la scopolamine est l'anesthésique idéal dans les cas analogues au précédent.

Je me propose de continuer l'usage de la scopolamine comme anesthésique général en chirurgie surtout; et pour moi

comme pour tout praticien à la campagne, je crois que ces indications iront encore longtemps croissantes.

Plus tard, lorsque je serai parfaitement familiarisé avec cet agent précieux, je synthétiserai mes observations, et j'apporterai aux lecteurs du Bulletin Médical, les résultats de mes expériences. Mais si dès aujourd'hui il m'était permis de formuler mon opinion à ce sujet, je dirais : l'avenir est à cet anesthésique pour le médecin isolé, loin des hôpitaux, loin des confrères, pour le chirurgien rural en un mot ; et je ne doute pas que cet avenir soit brillant, parce que j'ai foi en la déconcentration de la chirurgie.



### CHRONIQUES VESICALES ET PROSTATIQUES

Pendant des années j'ai rédigé de fort nombreuses ordonnances de SANMETTO, je le considère comme un agent thérapeutique de grande valeur. Dans les cas d'hypertrophie prostatique des vieillards, de goutte militaire et dans toutes les irritations chroniques de la vessie et de la glande prostatique il fait preuve d'une action spécifique. Plus je manie le SANMETTO plus j'en ai confiance et par conséquent plus j'en ordonne.

Evansville, Ind.

DR. G. W. VARNER,  
en 1886. iD



## LE TRACHOME ET L'IMMIGRATION

### *Nos Hôpitaux de détention*

Par le Dr J. D. PAGÉ, surintendant médical et oculiste à l'Hôpital de l'Immigration à Québec.

Le Trachome est une maladie qui bien qu'ancienne n'a guère attiré l'attention des praticiens de ce pays jusqu'à présent.

L'on peut même dire que peu de spécialistes ont eu l'occasion de se familiariser avec cette affection et son traitement. La rareté des cas parmi notre population native est une excuse pour le peu d'intérêt qu'on lui a porté. Mais il semble que le temps est venu où la profession ne peut plus rester indifférente sur ce sujet.

En effet, depuis que les immigrants qui affluent en nombre rapidement croissant de notre côté sont soumis à une inspection médicale sévère à leur arrivée dans nos ports, l'on a constaté qu'un certain nombre d'entre eux sont affectés de Trachome. De ce fait nous concluons qu'avant l'institution de l'inspection actuelle, beaucoup d'immigrants trachomateux se sont fixés au pays et sont désormais une source de danger pour ceux avec qui ils viennent en contact, à cause du caractère contagieux de cette maladie.

Un grand nombre se sont établis dans l'ouest sur des fermes, d'autres gagnent leur vie dans nos villes tandis que d'autres encore se sont constitués marchands ambulants, et ce ne sont pas les moins à redouter.

Bien que ce ne soit pas notre intention de discuter les diverses opinions qui peuvent avoir cours dans la profession quant à la nature essentielle du Trachome, il nous est demandé si souvent en quoi consiste cet affection, que nous donnerons ici quelques détails sur ses caractères cliniques ainsi que sur ses causes.

(1) Communication devant la "Canada Medical Association," à Halifax, séance du 26 août 1905.

Le Trachome est caractérisé par la présence de granulations dans la conjonctive palpébrale avec plus ou moins de réaction inflammatoire, ces granulations étant souvent confinées au cul-de-sac supérieur. Dans la majorité des cas l'affection se développe de la manière la plus insidieuse et sa marche est essentiellement chronique, ne présentant souvent et pendant longtemps aucun symptôme subjectif. Les complications les plus communes du Trachome sont la déformation des paupières par la formation de tissu cicatriciel, le pannus et les ulcérations de la cornée ; la cécité étant dans bien des cas la conséquence ultime de ces complications.

Quant à l'étiologie du Trachome, nous nous contenterons de citer ce qu'en écrivait Sweigger en 1885, étant donné que le germe spécifique, que beaucoup lui suppose, n'a pas encore été identifié :

“ Les causes du Trachome se trouvent dans le mauvais état sanitaire des habitations, ventilation défectueuse, encombrement des appartements, casernes et manufactures. Ces conditions peuvent non seulement produire le Trachome dans une conjonctive saine, mais encore donner un caractère trachomateux à toute conjonctivite chronique.”

C'est une maladie contagieuse qui se propage par le contact, et l'expérience fournit la preuve certaine que la transmission peut avoir lieu directement par le jaillissement de la sécrétion de l'œil malade dans l'œil du chirurgien durant l'opération, ou de l'inspecteur à l'examen, ou indirectement par des doigts infectés, l'usage en commun d'articles de toilette, etc., etc. Une servante trachomateuse peut transmettre la maladie à toute une famille.

Lucanus ne croit pas à la prédisposition-individuelle bien que Vannemann prétende le contraire, et son opinion paraît appuyée sur des statistiques d'une observation sérieuse. Quand

la prédisposition est faible on n'a que des cas abortifs, comme on les appelle, mais si la prédisposition est forte le Trachome est des très prononcé.

Durant ces dernières années plusieurs membres distingués de notre profession ont écrit sur le Trachome, entre autres le Dr Byers et le Dr Boulet de Montréal et Prowse de Winnipeg. Le premier a déjà lu un travail devant cette Association et le second devant la Société Médicale de Montréal. Leurs travaux n'ont pas manqué d'attirer l'attention des autorités sur l'importance et la nécessité de modifier nos lois concernant l'immigration, en vue de faire classer le Trachome parmi les maladies contagieuses, et par conséquent frappant d'exclusion ceux qui en sont affectés.

En 1897 le Congrès de Washington passait une loi dans ce sens, et depuis 1899 tous les immigrants arrivant aux ports américains sont examinés par les médecins du service de la marine. Si l'on constate qu'ils sont affectés de Trachome ils sont renvoyés dans leurs pays aux frais des compagnies qui les ont amenés en Amérique. Les cas douteux sont envoyés à l'hôpital et gardés sous observation jusqu'à ce qu'on ait décidé de leur nature.

En 1901 les autorités américaines constatèrent qu'un certain nombre d'immigrants entraient aux Etats-Unis en passant par le Canada. Alors on institua une surveillance active pratiquement sur toute la frontière. Ceci explique, d'après le docteur Byers, l'accroissement énorme des cas de Trachome dans notre pays l'année suivante.

Le résultat pratique de tout ceci fut que les autorités canadiennes se rendirent aux suggestions déjà faites par certains membres de la profession. Et en 1902 la Chambre des Communes passait un acte en amendement à l'acte de l'immigration

ayant pour effet de frapper d'exclusion tous les immigrants affectés de Trachome etc.

Le Dr. Byers qui a fourni des renseignements au docteur Treacher Collins, auteur d'une introduction à un ouvrage sur le Trachome, et que nous aurons l'occasion de citer tout à l'heure, écrivait un peu plus tard : "L'Inspection canadienne qui était  
" d'abord plus ou moins soignée est devenue, me dit-on, de plus  
" en plus sévère. Jusqu'à présent, continue le Dr. Byers, un  
" certain nombre de thrachomateux ont été renvoyés dans leur  
" pays, mais dans un grand nombre de cas les patients ont été  
" admis dans les hôpitaux canadiens et on leur a permis de con-  
" tinuer leur chemin après une guérison plus ou moins complète  
" de leur maladie.

Ce n'est qu'au printemps de 1904 que le gouvernement prit le contrôle direct de la détention des immigrants, et compléta l'organisation de leur examen et de leur traitement, en organisant des hôpitaux sous la direction effective du Dr. P. H. Bryce, médecin en chef du Département de l'Intérieur.

C'est dans ces hôpitaux, dits de Détention, que sont envoyés les cas suspects ou avérés de Trachome pour plus d'observation et y être jugés définitivement.

Nous ne devons pas manquer d'ajouter ici, que les immigrants qui sont considérés non désirables par les inspecteurs pour toutes autres causes que le Trachome, sont aussi envoyés aux hôpitaux de détention en attendant le moment où on les déporte.

Les cas douteux y sont gardés sans observation jusqu'à ce qu'un diagnostic positif puisse être porté.

S'ils sont trouvés souffrant de Trachome, mais guérissables dans un temps raisonnable, la loi permet de les garder sous traitement jusqu'à guérison, alors qu'ils sont remis en liberté. Tandis que les incurables ou ceux dont la guérison est douteuse sont déportés sans merci.

Durant la saison de 1904 au-delà de 800 immigrants furent envoyés à l'hôpital de Detention à Québec. Environ 300 furent déportés. En comprenant un certain nombre dont la condition a été jugée telle par les inspecteurs du port, qu'il ne leur a même pas été permis de débarquer, l'on arrive à une moyenne de déportation de 1.50 par mille immigrants qui sont arrivés à Québec l'année dernière.

Trente neuf nationalités étaient représentées parmi les détenus, les Juifs-Russes et les Syriens formant plus de la moitié.

Depuis le commencement de la présente saison, le nombre des détenus s'élève à 1,000, mais il faut d'abord tenir compte du fait que le chiffre de l'immigration a été plus élevé que l'an passé, et qu'ensuite, grâce à une infection accidentelle qui s'est produite sur un vaisseau qui mit 19 jours à faire la traversée, 330 passagers furent détenus à la fois. Mais le plus grand nombre fut relâché après deux ou trois semaines.

Comme les cas douteux mêmes sont détenus pour observation jusqu'à ce que l'on puisse arrêter un diagnostic, l'on commence à comprendre que dans l'intérêt de tous, il vaut mieux garder ceux-là de l'autre côté de l'océan tant que leur condition n'est pas déterminée, et à plus forte raison si ce sont de mauvais cas de Trachome. C'est le moyen le plus sûr d'éviter les conflits d'opinions et souvent d'épargner des frais de déportation aux compagnies.

La conséquence de cette attitude a été que tout dernièrement plusieurs vaisseaux portant un grand nombre de passagers n'ont pas laissé un seul patient à l'hôpital. Il devient évident que la loi telle qu'interprétée et appliquée produit les résultats attendus.

Nous avons dernièrement visité certains dispensaires de Montréal et de Québec afin de nous assurer des médecins en charge s'ils ont pu constater dans leur pratique le résultat de

l'inspection telle qu'elle se pratique depuis une couple d'années.

D'après le Dr St-Denis à l'hôpital Notre-Dame, jusqu'à un an passé, on avait coutume de voir une moyenne d'à peu près une vingtaine de nouveaux patients trachomateux par semaine, tandis qu'à présent les cas nouveaux sont excessivement rares.

Nous avons reçu à peu près la même réponse du Dr LaSalle à l'Hotel-Dieu. A l'Hôpital Général le Dr Sterling n'avait qu'un ancien cas à nous montrer. Il s'est plu à reconnaître que la mise en force de la nouvelle loi paraissait avoir mis fin à l'importation d'immigrants affectés de Trachome, et il ajoutait que jusqu'à ces dernières années, c'était rien moins que scandaleux de voir le grand nombre de ces individus que les compagnies de transport déversaient dans le pays.

L'expérience du Dr. Boulet, de l'Institut Ophthalmique, corrobore en tous points ce que dit le Dr. Stirling.

Nous sommes informés qu'à l'Hôpital Royal Victoria, sur 557 cas de maladies d'yeux traités depuis le 1er janvier, l'on compte sept nouveaux cas de Trachome, mais nous ne savons pas depuis combien de temps ces patients étaient au pays.

A Québec, au Jeffrey Hale, où s'est vu, croyons-nous, le plus grand nombre de cas les années dernières, c'est à peine nous dit-on si l'on en a traité une demi-douzaine depuis plus d'un an. A l'Hotel-Dieu, les registres ne font mention que de dix cas depuis quatre ans.

D'un autre côté, le Dr. Prowse de Winnipeg nous écrit que les hôpitaux de St. Boniface et de Winnipeg semblent recevoir encore plus que leur part de patients trachomateux. Nous ne supposons pas que ces derniers sont d'importation très récentes, mais plutôt le résultat du manque d'inspection suffisante des années passées.

A la question qui nous est souvent posée : "Quel traitement faites vous subir à ces malades?" Nous répondons qu'il n'y a

pas de méthode universelle en dehors d'une hygiène et d'une antiseptie aussi rigoureuse que possible, et il ne peut en être autrement. Le chirurgien doit être absolument guidé dans le choix de son traitement par la constatation des particularités de chaque cas et de sa phase d'évolution. Une observation attentive, personnelle, est toute aussi essentielle que la connaissance théorique des meilleurs traités de médecine pour triompher de cette maladie.

A leur arrivée à l'hôpital, les patients sont soumis à un bain général et à une désinfection parfaite de leur personne et de leurs vêtements, de même que leur literie est passée au stérilisateur aussi souvent que la chose est nécessaire.

Une infirmière graduée est spécialement chargée de soigner les yeux des malades avec des lotions antiseptiques douces, dans les intervalles du traitement actif par la main du chirurgien. Elle veille en même temps, avec la plus grande attention, à la propreté individuelle.

Lorsque toutes ces précautions sont observées on est en lieu d'attendre, et nous obtenons de fait, croyons-nous, de meilleurs résultats que dans la pratique courante des dispensaires et même privée, où la partie hygiénique est certaine d'être plus ou moins négligée à la maison.

En outre des traitements médicaux ordinaires, nous employons les méthodes mécaniques et opératoires aussi souvent qu'elles peuvent s'adapter aux cas, mais généralement en combinaison avec les drogues.

D'après l'expérience déjà acquise nous croyons que Jacobson a raison lorsqu'il dit que : "certains cas de Trachome sérieux peuvent maintenant être guéris, grâce à certains procédés nouveaux, en moins de semaines qu'il fallait autrefois d'années par les anciennes méthodes—applicitions plus ou moins interrom-

pues de lotions—pour laisser souvent les malades aveugles ou impropre à exercer leur métier.

Toutefois, malgré notre confiance que les malades en sortant de l'hôpital sont débarrassés d'une affection menaçante pour eux-mêmes et les autres, nous ne devons pas perdre de vue que le Trachome a la réputation d'être une maladie sujette à récurrence, et le temps devra nous dire s'il est sage de traiter un aussi grand nombre de ces cas. Et c'est pour cela que nous invitons la profession à rapporter à l'hôpital où ils auraient été traités, les cas de rechute qui seraient découverts dans la suite. Les résultats de nos efforts en vue d'obtenir une guérison, quels qu'ils soient, devront nous servir de guide à l'avenir pour maintenir ou modifier notre système actuel.

Il a été dit dans certains quartiers que les Etats-Unis avaient été induits à passer leurs lois prohibitives contre le Trachome pour des fins politiques, en vue de satisfaire les unions ouvrières qui cherchaient par là, à atténuer la concurrence du travail en prenant ce moyen pour diminuer l'importation de la main d'œuvre. On a répété que la loi canadienne sur le même sujet n'était pas justifiée par les faits. On a même écrit que présentement, le zèle des médecins inspecteurs leur faisait prendre pour du Trachome les cas de conjonctivites les plus simples. Et l'on a prétendu enfin que les cas de trachome absolument typiques et graves, devraient seuls être justifiables d'exclusion.

L'ignorance de la question elle-même et des mesures de protection qu'une regrettable expérience a enseignée à d'autres pays d'adopter, peut seule excuser de pareils avancés.

Quant à la nature de la maladie, nous savons déjà qu'en outre de sa marche insidieuse, il est souvent difficile de la distinguer à son début de certaines formes de conjonctivites béni-



gues. Conséquemment, s'il fallait admettre les cas qui peuvent être considérés légers ou douteux, nous n'hésitons pas à croire qu'avant bien des années, au taux d'accroissement avec lequel se fait actuellement l'émigration vers le Canada, certaines parties du pays seraient aussi affligées par le fléau que le sont certaines régions du vieux monde.

Quelques citations d'un ouvrage récent et remarquable sur le Trachome, par un allemand, chirurgien d'armée, traduit en anglais par les docteurs Parsons et Snowball, suffiront à démontrer l'opportunité de toute législation prohibitive contre cette maladie.

Dans la préface par les traducteurs, nous lisons que le livre du Dr. Boldt résume les résultats de nombreuses années d'expériences aux foyers mêmes de la maladie, et qu'il contient la liste de statistiques la plus complète qui ait encore été publiée.

On nous apprend d'abord, que le Trachome en Angleterre est une maladie étrangère importée par les étrangers, propagée parmi les étrangers, et transmise à la population native par les étrangers.

Le Dr. Treacher Collins, auteur d'une introduction à l'édition anglaise du livre du Dr. Boldt, dit que de toutes les observations contradictoires et déconcertantes qui ont été faites à propos du Trachome, *son caractère contagieux* reste clair et indiscutable.

“Après l'évacuation de l'Égypte en 1803, l'armée anglaise se dispersa et répandit la contagion partout.”

“A Londres, le Trachome a été engendré en grande partie dans les écoles pauvres, ce qui fut l'origine de la fondation de plusieurs “Isolation School Hospitals.” Celui d'Hamvcell est un modèle du genre, paraît-il. Il fut érigé en 1889 au coût de £30,000, et les résultats qu'il a produit ont pleinement répondu à l'attente de ses promoteurs.

D'après un rapport de Sydney Stephenson en 1895, le

nombre des trachomateux dans la Grande Bretagne était d'une moyenne de 6% en Ecosse, 9% en Angleterre et de 26.4 en Irlande, de tous les cas de maladies d'yeux.

L'état de chose en Irlande, sous rapport, semblerait justifier la suggestion de l'écrivain lorsqu'il dit: "Si l'on veut faire disparaître radicalement le Trachome de la Grande Bretagne, les mesures les plus énergiques doivent d'abord être prises pour le combattre dans l'Isle sœur."

Après avoir parlé des moyens par lesquels on lutte contre le Trachome dans les écoles et dans l'armée, le Dr Callius continue: "Il devient maintenant nécessaire de s'occuper d'une cause de danger qui tend à augmenter, à savoir: L'importation des aubains dans ce pays, des districts où le Trachome est à l'état endémique, etc,"

En vue de la réalisation de cette idée, un mouvement est maintenant sur pied pour induire le parlement anglais à passer un acte d'immigration pratiquement identique au nôtre.

Avec un sentiment de philanthropie dont les exemples ne sont pas rares chez le peuple anglais, Sir Ernest Cassell a mis à la disposition du gouvernement Egyptien la somme de £40.000, (Lancet, 30 juiu, 1904) pour être dépensée en faveur de ceux qui sont affectés de maladies d'yeux dans ce pays, et dans le but aussi spécial de donner l'entraînement nécessaire à des médecins locaux, en vue du diagnostic et du traitement du mal particulier dont souffrent les habitants de l'Égypte.

En Australie, le Trachome est surtout introduit par les immigrants, et dans la partie sud, la maladie au lieu de se répandre dans les endroits où la population est dense et les habitations malsaines, se rencontre dans les familles de cultivateurs à l'aise, chez des personnes robustes et bien nourries, dispersées dans les campagnes et habitant des maisons spacieuses et bien ventilées.

En Hongrie, en 1886, on organisa des services spéciaux ayant pour objet la recherche de tous les cas de Trachome, et d'assurer à ces derniers le traitement qui leur convient, et aussi, d'empêcher l'infection de se répandre davantage. Dans ce but trois-nouveaux hôpitaux furent érigés en outre de ceux qui existaient déjà.

Dans l'empire russe, un certain nombre de corps médicaux, appelés "Colonnes Ophthalmiques volantes," furent créés à l'instigation de l'Association pour la Prévention de la Cécité.

En Russie, le Trachome fait des victimes parmi toutes les classes de la population et l'on peut dire qu'il n'y a pas un district qui en soit complètement exempt.

Feur, qui fut officiellement chargé par les autorités, en 1884, d'inspecter les trois districts du sud de Torontal, trouva 5% de la population totale affectée de Trachome, et il affirme qu'une fois que la contagion a été semée chez le paysan, il est à peu près impossible d'en enrayer le progrès.

En Prusse, en 1896, la lutte contre le Trachome fut vigoureusement entreprise par l'Etat, et un acte spécial du Parlement fut passé à cet effet.

Durant les dernières dix années, toujours d'après le Dr Boldt, le Trachome a voyagé des provinces infectées de l'est de l'Allemagne et la frontière adjacente, dans une zone bien distincte vers l'ouest, en suivant les lignes de commerce. Il a été transporté presque exclusivement par la migration des hommes de métier, des journaliers de ferme, etc.

Laurentjew, l'oculiste militaire de Moscou, apprend au congrès tenu en cette ville, en 1897, que la Russie Centrale qui qui était d'abord indemne de Trachome, en devint sérieusement prise dans la suite, grâce à l'enrôlement de recrues trachoma-teuses venant des district infectés de l'Ouest.

Tous les auteurs Russes insistent depuis nombre d'années

pour que toutes personnes affectées de Trachome soient rigoureusement rejetées du service militaire.

D'après les remarques et citations qui précèdent, et que nous croyons impartiales, nous laissons chacun tirer ses propres conclusions. Nous présumons, cependant, que nous sommes à peu près tous d'accord quant à l'opportunité et à la sagesse de la loi qui décrète que les immigrants affectés de Trachome ne doivent pas être admis en franchise au pays.

Mais nous sommes forcés d'admettre, d'un autre côté, qu'il n'est pas aussi facile d'arriver à la même unanimité lorsqu'il s'agit de décider des cas individuellement. Cette question cause plus d'anxiété aux inspecteurs médicaux que toutes les autres maladies réunies, parceque, de leur décision dépend le succès ou la ruine des ambitions les plus légitimes.

Pour le moment, cependant, je n'ai que peu de choses à dire à ce sujet.

Aussi longtemps qu'un virus spécifique n'aura pas été découvert il faudra s'en rapporter à une opinion médicale personnelle et honnête, mais non moins ferme, lorsqu'il s'agit de l'application d'une loi qui intéresse la nation.

Que les prétendus immigrants nous viennent de la mère-patrie des premiers possesseurs de ce pays, ou du grand Empire dont nous dépendons aujourd'hui et auquel tous les Canadiens sont redevables des privilèges les plus étendus comme de la jouissance de droits égaux, les nouveaux venus doivent être jugés *individuellement* par les inspecteurs médicaux, tout comme s'ils venaient de n'importe quel autre pays, uniquement en vue du gain qu'ils peuvent être pour nous, en autant qu'ils sont aptes, par leurs qualités physiques et autres, à contribuer au développement et à la prospérité future de notre grand Dominion.

# **Analyse**

---

## **RHINO-PHARYNGIENS—TYPES CLINIQUES CHEZ L'ENFANT**

---

La fréquence considérable des lésions naso-pharyngiennes chez l'enfant mérite suivant nous d'attirer l'attention. En effet les enfants présentent l'une ou l'autre de ces multiples affections qui frappent l'appareil lymphoïde du pharynx, soit dans l'ensemble de ses différents-segments (amygdales palatines, pharyngées, linguales, tubaires) ou isolément dans l'un ou l'autre d'entre eux.

Ces rhino-pharyngiens entrent dans cinq types cliniques que nous allons exposer rapidement.

1°- Le type à troubles respiratoires est caractérisé par la gêne de la respiration nasale suppléée par la respiration buccale. Dans ce type ne rentre pas seulement l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée, mais aussi celle de toutes les parties lymphoïdes du pharynx et du rhino-pharynx. Dans les formes aiguës nous avons l'inflammation de la muqueuse rhino-pharyngée, caractérisée par du catarrhe nasal, aussi la pharyngite de la varicelle, de la rougeole, de la scarlatine, de la variole, de l'érysipèle, de la fièvre typhoïde, de la diphtérie, de l'herpès et de la grippe. Dans les formes chroniques, nous observons aussi les rhino-pharyngites diffuses, les amygdalites chroniques et les végétations adénoïdes proprement dites.

2° Dans le type à troubles auriculaires, on rencontre soit une occlusion mécanique ou inflammatoire de l'un ou des deux

orifices tubaires, soit une affection propagée par la muqueuse de la trompe à celle de la caisse. Ce sont des affections à marche chronique. Dans le premier groupe rentrent les otalgies si fréquentes de l'enfance. L'inflammation catarrhale simple de la trompe se propageant à la caisse et aboutissant à l'inflammation suppurative de la caisse. Dans le second groupe nous trouvons l'inflammation chronique de la muqueuse tubaire ou l'interminable otorrhée avec tous ses troubles ou ses complications de l'appareil tympano-mastoidien.

3° Dans ce groupe se trouvent toutes les adénopathies cervicales, trachéo bronchiques avec leur retentissement du côté du larynx, d'où les troubles de la phonation.

4° Enfin le type à troubles réflexes qui retentit sur le larynx et se manifeste par des accès de toux de la laryngite striduleuse et spasmes bronchiques.

Tels sont les principaux types cliniques dans lesquels nous ont paru entrer les rhino pharyngiens. Le diagnostic en est facile. Cependant il est un point qui est indispensable dans l'examen des affections du rhino-pharynx, nous voulons parler du toucher.

Chez l'enfant le toucher fait d'une façon aseptique et non brutale permet de spécifier à quelle variété on a affaire, et d'instituer un traitement convenable.

Les interventions sur le rhino-pharynx ont la plus grande importance car d'elles dépend le plus souvent la cessation des différents troubles que nous venons de signaler. On ne doit pas seulement pratiquer le curettage du rhino-pharynx lorsqu'il existe une obstruction nasale par masses adénoïdes, mais aussi toutes les fois qu'en présence de troubles du côté des oreilles, du larynx ou des ganglions, le toucher aura révélé la présence de masses adénoïdiennes, non seulement par leur volume, sou-

vent peu considérable, mais par leur infection principale, cause des accidents constatés. Souvent de jeunes enfants se présentent à la consultation, avec des écoulements d'oreilles ne présentant aucunement le facies adénoïdien, ne dormant pas la bouche ouverte, mais chez lesquels le toucher révèle la présence de tissu adénoïdien, au niveau de l'orifice des trompes. Il suffit alors de les curetter soigneusement pour voir l'otorrhée cesser comme par enchantement. On peut en dire autant des enfants sujets aux maux de gorge avec la voix plus ou moins enrouée et l'appétit nul. Quand on a cureté, comme il faut, ces hypertrophies lymphoïdes, l'état des petits malades change à vue d'œil; la toux cesse et la voix reprend son timbre normal. On met ainsi les jeunes malades à l'abri de tous les accidents causés par ces masses lymphoïdes. Le résultat est obtenu beaucoup plus sûrement et plus rapidement que si l'on s'était contenté de traiter ces enfants médicalement et de les envoyer à la mer, ce qui n'est pas toujours possible.

Nous pouvons conclure à l'importance des affections du rhino-pharynx chez l'enfant, affections dont les modalités sont assez différentes pour constituer de véritables types cliniques. Cependant si la proportion des rhino-pharyngiens semble considérable elle n'est pas pour nous surprendre, puisque nous savons que chez l'enfant le système lymphatique est prédominant.

DR. DUSSAULT.



# Sociétés Médicales

---

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DE QUÉBEC

---

Présidence de Monsieur le Docteur Brochu.

*M. le docteur Marois* : "Voici deux cas qui montrent l'inconvénient des interventions précoces dans les grands traumatismes des membres :

X., serrefrein âgé de vingt-deux ans, se présentait, il y a quelque temps à l'Hotel-Dieu, pour faire panser une main amputée trois jours auparavant ; l'opération avait été faite quelques heures après l'accident au cours duquel les doigts de la main gauche avaient été broyés. Le moignon avait belle apparence et, de fait, a guéri rapidement, mais il n'existait aucun de ces tronçons de doigts si utiles chez les amputés et qu'une opération plus tardive aurait peut-être conservés.

Le deuxième cas est celui d'un bûcheron, âgé de 46 ans, dont le pied droit fut écrasé par la chute d'un arbre. Le médecin appelé fit une amputation partielle du pied quelques heures après l'accident ; lorsque le malade fut apporté à l'hôpital, quelques jours plus tard, le pied était sphacélé et il fallut ouvrir plus haut.

L'histoire de ces deux cas montre combien une intervention précoce peut être inutile et même nuisible ; sans compter le danger d'opérer dans la période de choc. On devrait se faire une règle de n'amputer de suite que si l'extrémité du membre ne tient plus que par lambeaux de peau ou de muscle et qu'il existe de grands délabrements et des foyers très infectés.



Mais dans la grande majorité des cas, il est préférable : après avoir enlevé les esquilles libres et les lambeaux de muscle, de faire une désinfection soigneuse, d'essuyer avec soin puis d'embaumer le membre avec des lanières de gaz imbibées d'alcool ou de l'onguent polyantiseptique. Ce pansement peut rester en place quinze ou vingt jours, et, lorsqu'on l'enlève, l'opération peut se faire dans des conditions très favorables et pour les résultats immédiats et pour les résultats éloignés. Si je ne me trompe, cette méthode est celle suivie par Lejars.

*M. le docteur Faucher* : "L'alcool a-t-il une action spéciale dans ces cas ?

*M. le docteur Marois* : "Il n'agit que comme antiseptique.

*M. le Dr. Simard* : "Je suis de l'opinion de monsieur le docteur Marois que les interventions hâtives doivent être rares, car souvent les malades ne meurent que parcequ'ils ont été opérés en état de choc ; il ne faut pas, non plus, opérer dans un tissu mortifié ou en voie de le devenir. Employer les injections salines pour que le malade se remonte, puis désinfecter soigneusement les plaies ; cependant il est mieux de faire de l'aseptie que de l'antiseptie pour ne pas diminuer la vitalité des tissus.

Lorsque l'infection est probable il est préférable de laver à l'eau oxygénée ; on gêne ainsi le développement des microbes tout en rendant la vitalité aux tissus. Le permanganate de potasse émettant de l'oxygène à l'état naissant, rend des services analogues.

Un danger auquel on doit songer est la perte de sang car souvent, dans ces cas, l'hémorrhagie ne se fait pas de suite. Il faut donc veiller à l'hémostase et tenir le malade chaudement toujours pour le mettre en état de mieux résister à l'intervention puis à la réaction. Un fait récent me porte à insister sur ce point.

Dans une paroisse environnante un homme eut, dernièrement, le pied écrasé dans un accident de chemin de fer. Le médecin appelé fit de l'aseptie et plaça un garrot en attendant le chirurgien. Comme ce garrot était cause de douleurs violentes, on fit appeler un autre médecin, rival assez peu bienveillant du premier, et qui n'eut rien de plus pressé que de faire enlever la cause des douleurs. Une heure plus tard le malade baignait dans son sang et il était exsangue lorsque je le vis. Après l'avoir remonté un peu avec des injections salines j'amputai le pied, mais le malade mourut deux jours plus tard, faute de pouvoir résister à la réaction.

Quant à l'embaumement, cette méthode m'a donné des résultats surprenants, notamment chez un homme qui avait eu la main brisée par l'explosion d'une mine. Un médecin de Stockholm l'emploie aussi dans les fractures ouvertes et avec les meilleurs résultats."

*M. le docteur Ahern :* "L'opinion exprimée par messieurs les docteurs Marois et Simard est juste, l'embaumement rend les plus grands services ; cependant pour contrôler l'hémorragie je crois préférable d'employer les pinces car une ligature, laissée en place trop longtemps, provoque de la gangrène, j'en ai vu un cas chez un malade amené à l'hôpital.

Autrefois on opérait le plus possible pour éviter l'infection consécutive, mais avec l'antiseptie et l'asepsie on n'a plus de raison de se hâter, car alors on s'expose à faire tort au malade et à nous même. En effet voici la situation qui se présente : le médecin veut l'amputation, le malade ne veut pas s'y soumettre. Le médecin s'en va et comme le malade guérit souvent seul ou avec le concours d'un charlatan, le prestige de la faculté en souffre et celui du charlatan augmente.

Je me rappelle le premier cas de fracture ouverte qui ait.

guéri comme une fracture simple, à Québec. C'était en 1767, à l'hôpital de Marine; on nous amena, un jour, un blessé dont l'extrémité supérieure du fémur fracturé sortait de 2 à 3 pouces à travers le pantalon. Lister avait alors commencé ses travaux et ses premières communications nous étaient parvenues. Après réduction de la fracture nous remplîmes le trou d'acide carbolique pur; le tout fut recouvert par un cataplasme composé d'huile de lin, d'acide carbolique et de blanc de céruse. La guérison fut rapide et complète.

*M. le docteur Simard.*—“Une autre raison qui doit nous faire éviter les interventions hâtives, c'est que, dans les blessures par armes à feu, surtout, il y a des régions stupéfiées qui peuvent revenir à la vie.

Je ne conseillerais pas l'embaumement par les pommades polyantiseptiques car je ne crois pas à l'asepsie de ces substances. Pour être certain de la perfection de leur stérilisation il faudrait les employer au sortir de l'autoclave.

*M. le docteur Pagnel.*—“Voici la relation de cinq cas d'appendicite dont les quatre premiers ont été opérés à froid, après une ou deux attaques et dont le cinquième a été opéré au début de la première attaque : 1er cas. Un garçon de quinze ans pris d'appendicite après un repas; tous les symptômes disparurent après quinze jours, quelques jours plus tard une deuxième attaque survint qui dura trois semaines; au cours de l'opération à froid, l'appendice fut trouvé adhérent.

2° Cas. Homme de quarante deux ans, en octobre 1904, fut pris lentement et sans cause appréciable, de petites coliques; quatre semaines après il y avait du pus dans les selles. A la fin de décembre, recrudescence des symptômes, constipation et amaigrissement. L'opération mit au jour un appendice dur et adhérent de même que le cæcum.

3° Cas. En décembre 1904, une fillette de douze ans eut une attaque soudaine traitée par le repos, la glace et l'opium. Trois semaines plus tard elle était opérée et l'appendice gros et dur, fut trouvé adhérent.

4° Cas. Homme de 22 ans, eut une colique appendiculaire il y a deux ans. En janvier dernier reprise des mêmes douleurs et constipation; les douleurs furent atténuées par des applications de glace. L'opération fut faite douze jours plus tard, l'appendice était adhérent.

Voici quatre cas d'appendicite simple, à péritonite circonscrite, où l'appendice fut trouvé adhérent. De leur histoire il résulte qu'on peut conseiller l'opération immédiate dans les 24 ou 36 heures. Mais un bon traitement médical a du bon, surtout si la maladie n'est reconnue que plus tard. Faire alors immobilisation complète du malade et de son tube digestif par la glace et l'opium et employer le sérum artificiel. Après quatre ou huit jours de ce traitement l'opération peut être faite dans de bonnes conditions. Mais il faut surveiller minutieusement le patient et si la température monte, si surtout le pouls s'accélère et ne concorde plus avec elle, opérer de suite, car alors, différer de quelques heures serait faire courir les plus grands risques au malade. L'histoire du cinquième cas vous convaincra, sans doute de la sagesse de cette manière de procéder.

Un homme de vingt-six ans fut éveillé au milieu de la nuit par des douleurs localisées au côté droit de l'abdomen. Température au-dessous de la normale, pouls bon, facies tiré. L'opération qui fut faite seize heures après le début des premières douleurs, fit découvrir un appendice grossi et une certaine quantité de liquide louche dans la cavité abdominale. La convalescence fut rapide, mais l'intervention avait certainement empêché la mort par péritonite généralisée.

*M. le docteur Ahern :* " Il est toujours désirable d'opérer à froid ; je crois que si tous les cas étaient immobilisés au début les opérations d'urgence seraient de plus en plus rares car avec les applications de glace la défervescence se fait souvent dès le deuxième ou le troisième jour ; il n'est pas même besoin d'employer l'opium puisque la douleur s'atténue très rapidement. Il est d'autant plus nécessaire d'exiger une diète absolue que l'ingestion de la moindre quantité de liquide provoque des mouvements péristaltiques.

Mais pendant que le malade est sous observation il faut surveiller très attentivement sa manière de réagir car les symptômes sont parfois étranges. Il serait prudent d'examiner le sang deux fois par jour pour se renseigner sur la courbe de la leucocytose.

Voici deux cas qui sortent un peu de la nomenclature ordinaire ; Il y a quelque temps j'ai été appelé en consultation auprès d'un garçon de quinze ans qui se plaignait d'un point douloureux au ligament de Poupert. Le quatrième jour je l'opérai quoique le pouls ne fut qu'à  $60^{\circ}$  et la température à  $90^{\circ}$  mais le facies était inquiet et il y avait des vomissements. Le lendemain tout le contenu de l'abdomen était enflammé et la mort est survenue par paralysie de l'intestin.

Il y a quinze jours j'ai opéré une jeune fille qui ne s'était plaint de douleurs que du côté gauche. Un traitement par le repos et la glace avait produit une grande amélioration, mais comme la température avait une tendance à monter, j'ouvris l'abdomen ; tout y était adhérent. Je tombai d'abord dans le petit intestin puis dans la vessie ; tout déchirait sous les doigts. Finalement j'arrivais dans l'abcès par la flexure sigmoïde du côlon ; le pus ne pouvait fuser que par le côté gauche à cause des désordres déjà produits, par un abcès appendiculaire, l'année

précédente. J'ai refermé le tout ; la malade se nourrit assez bien mais les matières s'écoulent par les tubes.

Quant aux statistiques, celle de Achenor accuse une mortalité de 2 ½ pour cent pendant que Morris, qui opère tous les cas, prétend n'avoir que deux pour cent de morts. Il ne draine pas, mais j'aime mieux le faire, car dans un cas opéré dernièrement, il s'est formé un abcès qui est sorti trois jours après par l'ouverture du tube enlevé.

*M. le docteur Marois :* "Voici une preuve de l'excellent effet produit par le froid : J'ai eu un malade qui souffrait tellement qu'il était à peine soulagé par des injections de morphine toutes les deux heures ; la glace le soulagea immédiatement.

*M. le docteur Simard :* "Les applications chaudes sur le ventre font dilater les gaz et stimulent l'intestin pendant que la glace l'immobilise. Il est nécessaire qu'il ne mange pas : la résistance est d'ailleurs étonnante ; j'en ai gardé un neuf jours à la glace et au sérum artificiel et il s'est relevé.

La séance est levée à dix heures et demie.

---

Présidence de M. le Docteur Brochu.

*M. le docteur E. Turcot :* "Vous savez qu'en Angleterre, comme au Canada, les compagnies d'assurance sur la vie n'accordent de bénéfices mortuaires que sur présentation de certificats dont un rempli par le médecin de famille. Cela nous met quelquefois dans une position embarrassante comme cela m'est arrivé il y a déjà plusieurs années.

Un de mes anciens clients étant mort subitement la compagnie m'envoya un blanc de certificat que je ne crus pas devoir

remplir ; cependant une abstention complète étant de nature à compromettre les intérêts matériels des héritiers de ce client, je consultai un théologien qui me conseilla de répondre négativement à chaque question, avec cette restriction mentale que je ne savais rien pour la compagnie. Dans l'intervalle un autre certificat, envoyé à un confrère qui avait eu occasion de traiter ce malade, avait été rempli, ce qui, vous le pensez bien, créa une situation étrange.

C'est pour prévenir ces inconvénients que je désirerais voir les médecins adopter une ligne de conduite uniforme dans ces cas. Sur ma demande, M. l'abbé Gariépy a bien voulu consentir à nous donner quelques renseignements sur ce sujet.

*M. l'abbé Gariépy :* " Je me bornerai à vous parler du secret professionnel, de son objet et des obligations qu'il impose.

Tout ce que le médecin connaît dans l'exercice de sa profession même les choses étrangères à la médecine et qu'il ne connaîtrait pas s'il n'était pas médecin, voilà l'objet du secret professionnel.

L'obligation de garder ce secret vient de ce qu'il y a entre le médecin et le client un quasi contrat ; en acceptant de soigner un malade le médecin s'engage à garder secret tout ce qu'il peut découvrir dans la maladie ou la famille. La violation de ce contrat est un péché contre la loi naturelle et la justice entraînant obligation de la restitution.

Ce secret n'oblige pas dans trois cas : " Quand le client lui-même donne la permission de le dévoiler implicitement ou explicitement, encore faut-il que le client ait le droit de donner cette permission car il ne peut compromettre son honneur ou celui de sa famille.

2° Quand, en l'observant, on serait cause qu'une tierce personne souffrirait. Ainsi par exemple, dans le cas d'un syphilitique averti de la contagiosité de son affection, et qui voudrait

se marier quand même, on peut avvertir sans toutefois être obligé de le faire.

3° Pour se soumettre à l'autorité de la loi civile, mais dans les seuls cas où elle a en vue le bien général, comme dans les cas d'inhumations. On n'est cependant pas obligé de dévoiler les maladies honteuses car le but de la loi n'est pas de les connaître.

Dans ces trois cas le médecin peut donc parler mais il n'est nullement obligé de le faire, et lorsqu'il y a doute dans son esprit il vaut mieux qu'il garde le silence.

Dans le cas particulier qui nous occupe l'idéal serait de suivre la coutume française et de ne remplir aucun de ces certificats. L'assurance est un contrat aléatoire et la compagnie a tout le loisir de protéger ses intérêts avant l'émission de la police ou certificat d'assurance.

*M. le docteur Ed. Turcot :* " Avant de signer un contrat la compagnie est protégée par son agent, son médecin, ses directeurs médicaux et elle peut exiger un certificat du médecin de famille. C'est à elle de veiller à ce que ses serviteurs soient gens d'honneur et de devoir. Je soutiens que le patient n'a pas le droit d'obliger son médecin de dévoiler des maladies qui peuvent faire tort à sa famille, comme, par exemple, la tuberculose ; on sait bien qu'une présomption de tuberculose peut empêcher une jeune fille de faire un mariage avantageux. Ce que le médecin connaît comme médecin, il le connaît pour lui-même et non pour les compagnies d'assurance.

*M. le docteur Brochu :* La matière de la médecine ne renferme pas que des choses qui doivent rester secrètes, aussi la tuberculose compte rarement parmi les maladies secrètes puisque tout le monde en parle. Maintenant je ne crois pas que les intérêts de la compagnie soient protégés aussi bien qu'on l'a affirmé. Il y a convention entre la compagnie et l'assuré, c'est



vrai, mais il y a des assurés qui trompent la compagnie et son médecin examinateur. D'autre part il y a des maladies, comme les tuberculoses latentes ou sclérosées, qui peuvent bien être connues du médecin de famille mais que le médecin examinateur ne saurait dépister, fut-il le plus savant des hommes. La compagnie n'a donc pas toujours toutes les garanties désirables et se trouve obligée d'avoir recours au praticien traitant. Dans ce cas je suis d'opinion qu'on doit dire la vérité ou ne pas répondre du tout.

En Angleterre, le secret professionnel est laissé à la discrétion du médecin.

*M. le docteur A. Rousseau* : " En morale il est difficile de trouver une ligne de conduite applicable à tous les cas, et dans cette circonstance spéciale il n'est pas aisé de savoir dans quelles conditions le contrat a été passé ; j'inclinerais à adopter la manière de voir de M. le docteur Turcot.

*M. le docteur Brochu* : " Il serait préférable de ne jamais répondre pour ne pas protéger un client malhonnête."

La discussion se poursuit encore pendant quelques temps, chacun soutenant son opinion en donnant une forme nouvelle à ses arguments, puis on paraît en venir à la conclusion suivante : de répondre lorsque cela peut être utile au malade et de se taire lorsque une réponse serait de nature à nuire au malade ou à sa famille. Lorsqu'il y a eu consultation, il devrait y avoir entente entre les médecins avant que la réponse ne soit donnée.

La séance est levée à onze heures moins le quart.

---

Présidence de monsieur le docteur Faucher.

*M. le docteur Ahern* : " Je désirerais dire quelques mots au sujet du déciduome malin, affection très grave mais heureusement rare. La tumeur est mamelonnée, à tissu friable et suit,

dans cinquante pour cent des cas, l'expulsion d'une môle hydatiforme. Les métastases sont très fréquentes, surtout dans le poumon ; lorsqu'elles siègent dans le vagin elles ont l'apparence de petites hémorroïdes ; ces métastases disparaissent, d'ordinaire, après l'ablation de l'utérus. Les femmes atteintes ne tardent pas à souffrir d'une anémie très prononcée car l'avortement s'accompagne d'une hémorragie très abondante. Il peut y avoir ensuite une ou deux menstruations normales puis l'hémorragie revient soudaine et considérable. Cette soudaineté est un des traits caractéristiques de l'affection.

J'ai rencontré le premier cas de déciduome malin chez une femme avortée au début d'une attaque de variole en 1885.

Il y a deux ans j'ai pu faire le diagnostic précoce d'un de ces cas ; la femme crachait du sang, sans doute par métastase pulmonaire ; elle guérit après une hystérectomie.

*M. le docteur A. Rousseau :* " Je serais heureux de connaître votre opinion sur le sérum de Marmoreck qu'on a préconisé, malgré Dieulafoy et l'Académie de Médecine, dans les tuberculoses extérieures et actives. Les bons résultats obtenus par la sérothérapie, dans la diphtérie, expliquent l'engouement actuel pour le sérum antituberculeux. Voici quelques cas où j'ai pu contrôler personnellement l'action de ce sérum :

Un de mes tuberculeux, reconnu comme un cas favorable, reçut dix injections de sérum Marmoreck. La maladie de torpide qu'elle était, devient foudroyante et il y eut infiltration de tout le poumon gauche.

Le deuxième malade souffrait de tuberculose péritonéale avec épanchement, mais sans qu'on puisse sentir, au palper, aucune masse tuberculeuse. Etat général mauvais mais pas de fièvre. J'avais conseillé une intervention chirurgicale mais le malade préféra tenter l'aventure du sérum. Un mois et demi plus tard il me revint ; la maladie était toujours apyré-

tique mais on constatait facilement de grosses masses tuberculeuses dans l'abdomen. Le chirurgien qui l'opéra plus tard constata que le péritoine était farci de tubercules.

Le troisième cas est celui d'une femme souffrant de tuberculose torpide ; un jour le médecin, qui la traitait par les injections de sérum, m'avertit qu'elle faisait beaucoup de fièvre. Je conseillai le séjour au lit avec cessation de la sérothérapie ; la fièvre disparut. Au même moment les journaux de Montréal publiaient la communication du Dr de Martigny ; la famille reprise de sa première confiance, fit recommencer les injections. La fièvre ne tarda pas à faire une nouvelle apparition et la malade succomba.

Dans ces trois cas il n'y a peut-être qu'une simple coïncidence, mais elle est étrange et de nature à faire préconiser au moins la prudence. Je ne puis attribuer formellement au sérum les accidents ci-dessus, mais mes observations me portent à croire que ce sérum de Marmoreck n'a pas une grande efficacité et qu'on ne saurait être justifiable de le conseiller au détriment et à l'exclusion du traitement hygiénique.

*M. le Dr A. Simard :* "J'ai vu le deuxième cas. Avant l'emploi du sérum l'ascite était indolore et apyrétique. Peu après l'emploi des injections surviennent des douleurs, des transpirations et de la fièvre, à l'examen externe le liquide avait augmenté et on percevait des masses considérables.

La laparotomie a été faite à la cocaïne. Je n'ai jamais vu autant de tubercules ! Il y en avait des milliers, dont quelques uns, gros comme des pièces de vingt-cinq sous, étaient accolés aux anses intestinales. Partout ailleurs le péritoine était chagriné ; il y avait, en plusieurs endroits, des adhérences intestinales qui n'ont pu être rompues. L'opération a produit une amélioration relative quoiqu'elle ait été faite en pleine période de poussée tuberculeuse.

*M. le docteur Ahern :* " J'ai employé le sérum de Marmoreck deux fois chez le même malade, avec des résultats nuls ; il n'y a eu ni mieux ni pire. Je n'ai pas eu de résultats plus brillants avec la tuberculine B de Koch. D'un autre côté, si l'on s'en rapporte aux statistiques, on parle bien d'améliorations mais on ne mentionne que peu de guérisons. Il est difficile de tirer une conclusion absolument juste d'un si petit nombre de cas ; cependant je n'ai aucunement l'intention de faire un nouvel essai du sérum.

*M. le docteur A. Rousseau :* " Le sérum antituberculeux de Marmoreck est un sérum antitoxique analogue à celui de Maragliano ; il est beaucoup moins bactéricide que les sérums préparés avec les bactéries vivantes comme celui de Yersin, ou avec des toxines très actives comme celui de Roux.

La tuberculose n'est guère toxique, elle ne tue que par l'envahissement des organes nécessaires à la vie, voilà pourquoi son évolution ne peut guère être affectée par un sérum antitoxique.

Les sérums efficaces agissent parcequ'ils contiennent des éléments qui stimulent l'activité des cellules ; le microbe de la tuberculose ne produisant que peu de toxines à la fois, il est impossible d'obtenir une toxine tuberculeuse assez virulente pour produire cette action stimulante.

*M. le docteur Ahern :* " Je ne crois pas qu'on parvienne à découvrir un sérum efficace en travaillant dans ce sens.

*M. le docteur Faucher :* " J'ai employé le sérum de Marmoreck chez trois de mes malades. Le premier avait été opéré en novembre pour une arthrite tuberculeuse du genou. En mars je lui fis deux injections à trois jours d'intervalle ; comme je me disposais à lui en faire une troisième il s'y est opposé parceque sa voix s'était éteinte ; il a fini par mourir de tuberculose laryngée.

Un autre fit de la congestion pulmonaire et de l'hémoptysie la nuit qui suivit la première injection.

Chez un troisième malade le sérum n'a produit de modifications ni dans un sens ni dans l'autre.

*M. le docteur Mayrand* : " Voici une lettre que m'écrit le docteur Laurendeau au sujet des injections de naphтол camphré. Il dit avoir renoncé à ce traitement il y a cinq ans, alors qu'un enfant de douze ans, à qui il avait injecté vingt gouttes de ce mélange, tomba dans un état si alarmant qu'il ne pût être ramené à la vie qu'après deux heures de soins assidus et après avoir employé la caféine, la strychnine et l'éther. Depuis cette date il emploie l'éther iodoformé qui est moins toxique.

A l'étranger, l'enregistrement de plusieurs accidents a fait adopter une ligne de conduite analogue : Guinard, de Paris, rapporte six cas de mort dont un survenu trois quarts d'heure après l'injection de quelques centimètres de naphтол camphré dans un abcès. En 1904 Kirmisson, Quénu, Perrot et Broca se prononcent fortement contre l'emploi du naphтол camphré, d'autant plus qu'ils le croient moins actif que l'éther camphré.

A Berck-sur-Mer même les opinions se modifient et on injecte le thymol camphré au lieu du naphтол.

*M. le docteur Ahern* : " Callot a toujours recommandé de ne pas faire d'injections dans un ganglion solide. D'un autre côté, une substance reconnue comme inoffensive peut aussi présenter des dangers car les simples injections d'huile stérilisée ont quelques fois produit des accidents mortels.

*M. le docteur Ed. Turcôt* : " J'ai employé autrefois, l'huile stérilisée en injections hypodermiques et je dois dire qu'elle m'a donné souvent des résultats très favorables, notamment chez une jeune fille qui avait gagné plus de vingt livres en trois mois, mais une de mes malades ayant eu une syncope qui faillit l'emporter dix minutes après l'injection, et trois autres ayant eu

de la cyanose, j'ai cru devoir abandonner ce mode de traitement.

*M. le docteur A. Simard*: "Il y a eu des milliers d'injections de faites avec le naphtol camphré et le nombre des cas de morts rapportés n'est que de douze; encore faudrait-il se demander si quelques uns de ces accidents ne sont pas dûs à un défaut de technique dans la manière de faire l'injection. Comme vient de le faire remarquer, fort à propos, M. le docteur Ahern, dans les traitements par injections hypodermiques, il y a eu des accidents avec les substances les plus anodines. Si je me rappelle bien, on a même rapporté un cas de mort après un simple gargarisme au naphtol camphré.

A l'Hôtel-Dieu de Québec nous n'avons jamais eu d'accidents; cependant je ne tiens nullement au naphtol et j'ai d'autant moins d'objection à l'abandonner, puisqu'on le dit dangereux, que l'éther agit aussi bien. Seulement je tiens à faire remarquer que lorsque cette question a été discutée ici elle était parfaitement connue."

La séance est levée à dix heures et vingt minutes

F. X. JULES DORION, M. D.

Secrétaire.



# Nouvelle

---

## ASSOCIATION MÉDICALE DANS LE COMTÉ DE WOLFE

---

Déjà, depuis longtemps, dans le comté de Wolfe, plusieurs médecins avaient songé à jeter les bases solides d'une société médicale. Les circonstances sans doute ne permirent pas de changer cette idée en œuvre—A mon arrivée, dans notre comté, en juin 1904, je vis immédiatement cette lacune et je pris la résolution de faire tout en mon pouvoir pour stimuler ce projet, car l'absence d'une société médicale dans un comté est au détriment des confrères de ce coin de pays.

D'abord, les médecins ne se rencontrent pas assez souvent, —et pour cette raison ne s'entendent pas comme ils le devraient.— Il règne même parfois une certaine antipathie entre certains pratiquants qui gagneraient beaucoup à se donner au moins trois ou quatre fois par an une bonne et franche poignée de mains. Pourquoi cette opposition la plupart du temps inutile, pourquoi ce combat insensé qui consiste à vouloir attirer la pratique en ravalant le tarif médical au niveau du salaire d'un manoeuvre? Pourquoi se méconnaître quand il est plus facile de devenir ami? Pourquoi combattre quand la paix vous sourit et vous demande un mot d'approbation? Pourquoi piquer la réputation d'un confrère aussi intelligent, aussi savant, aussi aimable et aussi fin que tout autre? Pourquoi? Pourquoi?

La réponse tombe sous ma plume sans effort, parce qu'il n'existe pas de société médicale.

Dans le comté de Wolfe, il n'y avait pas de société médicale : il en fallait une. En juillet, j'eus l'honneur d'écrire à tous les médecins de Wolfe et aux voisins de Richmond. Tous répondirent avec empressement à ma lettre, à peu près ce qui suit :

“ J'approuve votre idée et je signe d'avance ce qui se décidera à la première réunion, au cas où je serais forcé d'être absent”. La première réunion eut lieu à Weedon, le 4 septembre, chez le confrère J. P. C. Lemieux.

A cette première assemblée, je fis lecture de lettres de renseignements au sujet de plusieurs sociétés médicales dans la province entr'autres celles des Drs Valin, Laurendeau, Lessard.

Ensuite, l'élection des officiers dont voici les noms :

Dr Alphonse Thibault, Wolton, Président honoraire

“ J. Chicoine, d'Israëli, Président actif.

“ J. P. C. Lemieux, Weedon, Vice-Président.

“ Stuart MacDonald, Martleton, Vice-Président.

“ Antonio Pelletier, St-Camille, Sec. Trésorier.

Les autres membres sont :

Dr Gravel, Wolton

“ C. H. Plante, d'Israëli

“ Emile Dupont, Garthby.

“ St-Aubin, Ham-Nord

“ Duval, Wolftown

“ Belcourt, St-Adolphe

“ J. MacDonald, Martleton

“ Délisle, St-Georges Windsor

“ Amiot, Asbestos

Tous les médecins du comté de Wolfe font donc partie de la nouvelle association, ainsi que deux médecins du comté de Richmond : les Drs Délisle et Amiot.

C'est dire que le succès du lancement est parfait. Et je



profite immédiatement de la circonstance pour remercier mes confrères de leur clairvoyance et de leur adhésion à cette idée de société médicale. Ajoutons, ici, que l'entente a été la note dominante à la première réunion.

Après l'élection des officiers, les ordres du jour ont été :

- 1° La composition de règlements ;
- 2° La revision d'un tarif minimum accepté par tous les confrères ;
- 3° Quelques motions ou questions importantes dans l'intérêt de la profession médicale.

Voici quelques clauses de notre constitution :

- 1ère Améliorer la position du corps médical.
- 2ème Assemblée en Mars, Juin, Sept et Décembre.
- 3ème S'engager à suivre les règlements, le tarif, à payer la contribution mensuelle.
- 4ème Ne jamais oublier le principe chrétien : " Ne fais pas à autrui ce que tu ne voudrais pas qu'on te fit".
- 5ème Quorum : 5 membres.
- 6ème Ordre des affaires :
  - I. Ouverture de l'assemblée par le président, ou par un autre officier en l'absence de celui-ci ;
  - II. Lecture et adoption des minutes de la précédente séance ;
  - III. Proposition, admission des membres ;
  - IV. Lectures, discussions scientifiques.
  - V- Histoire ou présentation de cas de pratique ;
  - VI. Sujets de travaux pour séance suivante ;
  - VII. Questions de discipline, d'étiquette, d'intérêts professionnels ;
  - VIII. Divers.
- 7ème Elections en Juin.

8ème En Décembre le secrétaire donnera un très court résumé de l'année finissante.

Voici maintenant quelques extraits du tarif adopté à l'unanimité et que chacun doit suivre :

#### Obstétrique.

Accouchement simple .....	\$ 3.00 à \$ 5.00
“ gémellaire - extra.....	1.00
“ avec forceps - extra....	1.00 à 2.00
“ “ Chloroforme - extra..	1.00 à 2.00
“ forceps et chloroforme	2.00 à 5.00
Extraction du placenta - extra.....	1.00
Version.....	3.00 à 5.00

Extra \$0.50 cents de l'heure—pour accouchement—après détention de plus de six heures.

Voyages, visites: \$0.50 par mille.

La voiture du médecin et les remèdes sont des “extra.”

Injection de sérum anti diphtéritique (distance extra) \$5.00

Consultation avec un confrère (distance extra) 5.00

En général : opération mineure 5.00 à 15.00

Opération majeure 15.00 à 50.00

La motion suivante a été mise à l'ordre du jour.

Proposé par le Dr P. C. Lemieux, secondé par le docteur E. Dupont, que le Secrétaire Trésorier corresponde avec le secrétaire des autres associations médicales, afin que la proposition suivante soit prise en considération et que chacun réponde à ce sujet au secrétaire de l'association médicale du comté de Wolfe.

Que les médecins du comté de Wolfe, en assemblée s'engagent à voter contre tout député qui travaillera à faire adopter un bill privé devant donner licence à un irrégulier sans que ce même dit bill ait été préalablement approuvé et recommandé

par le "Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec.

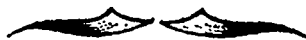
La journée n'a pas été longue, ainsi remplie par les membres de notre société. Le docteur Lemieux mérite des remerciements pour sa très gracieuse hospitalité.

La prochaine réunion sera à St-Camille, chez le secrétaire de l'association.

Votre tout dévoué,

ANTONIO PELLETIER, M. D.

St-Camille.



## THÉRAPEUTIQUE DES VOIES URINAIRES

*Le traitement local des cystites.* — A l'Hôpital Necker, on use d'un traitement local dans les cystites dont les bons effets sont journellement constatés depuis plusieurs années. Il s'agit des instillations d'huile gomenolée. M. Hain (*Th. Paris 1905*), nous donne sur cette méthode des renseignements nouveaux qui intéressent le praticien. Les observations qu'il relate sont empruntées à la pratique de M. le P. Guyon et de ses chefs de clinique, MM. les Drs Pasteau et Cathelin.

Le titre de la solution huileuse gomenolée varie de 10 p. 100 à 20 p. 100. On injecte 5 cc. de la solution une fois par jour ou tous les deux jours; dans certains cas particulièrement douloureux, on peut même pratiquer une instillation matin et soir.

La sédation de la douleur est en effet le phénomène mar

quant obtenu par la médication. Tel malade atteint de cystite tuberculeuse avait des besoins de la miction si impérieux et si douloureux, qu'il ne pouvait continuer sa marche et était contraint d'uriner sur place. La fin de la miction s'accompagnait de vives douleurs. Or après douze instillations, le malade retenait ses urines; trois semaines de traitement suffirent pour mettre fin aux douleurs.

Cette amélioration est la règle dans les cystites douloureuses et particulièrement dans la cystite tuberculeuse. Elle s'obtient dans les cas où les instillations de nitrate d'argent et les lavages au sublimé, à l'eau boriquée, n'amènent aucun résultat, ou même exaspèrent les symptômes. La disparition des douleurs est rapide: quatre instillations d'huile gomenolée, chez plusieurs malades, ont suffi pour supprimer la douleur.

En même temps, la capacité vésicale augmente, les mictions deviennent plus espacées, les bacilles pathogènes, bacilles de Koch ou microbes associés disparaissent des urines. Les lésions vésicales semblent guérir plus rapidement qu'avec tout autre antiseptique. La cystoscopie pratiquée par M. Pasteau a démontré, dans plusieurs cas, la cicatrisation des ulcérations vésicales, la diminution de congestion de la muqueuse. Les lésions prostatiques elles-mêmes peuvent être heureusement influencées. Un autre malade de M. Pasteau présentait de nombreuses bosselures dans les deux lobes. Après le traitement, la glande était revenue souple et non douloureuse; les noyaux avaient presque disparu à gauche. L'amélioration de l'état général suit l'amélioration locale. Les malades engraisent, reprennent de l'appétit.

En sorte qu'on peut admettre les conclusions de Cathelin: les instillations d'huile gomenolée à 10 p. 100 et 20 p. 100 produisent dans le traitement des cystites douloureuses et des cystites tuberculeuses, des résultats très actifs, voire même des effets curatifs manifestes.

