

**PAGES**

**MANQUANTES**

# **Travaux Originaux**

---

## **DU BROMHYDRATE DE SCOPOLAMINE COMME- ANESTHÉSIQUE**

---

(ALBERT LAURENDEAU M.-D. Gabriel de Brandon)

**A MESSIEURS LES MÉDECINS DE L'ASSO-  
CIATION MÉDICO-CHIRURGICALE DU  
DISTRICT DE JOLIETTE**

---

Messieurs,

Je suis à faire une étude expérimentale du Bromhydrate de Scopolamine ; et j'en sais assez dès maintenant pour vous dire que c'est un médicament merveilleux, destiné à rendre de grands services, aux médecins de la campagne surtout. Dans la moitié des cas où je me suis servi de la Scopolamine, j'ai pu me passer du chloroforme, conséquemment d'un aide, et vous savez messieurs, quelle difficulté nous avons parfois, à faire venir un confrère pour nous assister. Lorsque j'ai été obligé d'administrer du chloroforme à mes opérés, sous l'influence de la Scopolamine, le premier venu, sans expérience, a pu donner cet anesthésique sous mon contrôle et cela sans danger, étant donné les doses infimes, qu'il est nécessaire de faire respirer aux malades pour obtenir une anesthésie chirurgicale, dans ces conditions.

Autre considération : le sommeil Scopolamique est tellement prolongé que nous pouvons prendre notre temps, nous hâter lentement, ce qui est un grand avantage pour nous médecins de campagne, qui n'avons pas l'habitude d'opérer tous les jours,

sans compter que nous n'avons pas à craindre les complications d'un long sommeil chloroformique ou étherique. Je n'ai pas assez d'expérience pour faire un parallèle entre les dangers de la Scopolamine et ceux du chloroforme, mais d'après l'opinion des docteurs Korff, Bunke Blos et Witzel, la scopolamine serait beaucoup plus inoffensive que le chloroforme; du reste je n'ai jamais eu aucune alerte, dans les quelques cas que j'ai à mon actif.

Losque le sommeil scopolamique n'est pas suffisant, ne donnez jamais d'éther, car la scopolamine augmentant toutes les sécrétions en général, il serait à craindre que vous eussiez des complications bronchiques ou pulmonaires, par hyper-sécrétion de l'arbre aérien, en associant ces deux anesthésiques. Si votre anesthésie n'est pas parfaite, donnez du chloroforme; j'ai toujours été étonné de l'effet du chloroforme dans ces circonstances, quelques gouttes suffisent pour insensibiliser complètement les opérés, sans jamais changer le rythme de la respiration, du pouls; sans jamais causer d'alerte. Seule la pupille se contracte quelque peu lorsque le chloroforme agit.

Maintenant je ne conseillerais pas de faire une laparotomie, après trois injections de scopolamine, car alors j'ai remarqué que les parois abdominales étaient contracturées, ce qui sans doute compliquerait un peu l'opération; tout au plus pourrait-on donner une seule injection de 1/50 de grain, associé à 1/4 de grain de morphine, afin d'éviter les mauvais effets du chloroforme durant l'anesthésie de même qu'après l'opération. En effet, une seule injection suffit à éviter les vomissements, et les souffrances consécutives à toute opération, durant au moins douze heures.

\* \* \*

Cet anesthésique merveilleux a été extrait du scopolia Japonica pour la première fois, par Schmid en 1890. L'on se sert

ordinairement du Bromhydrate de Scopolamine. J'ai eu assez de mal à m'en procurer, n'ayant pu en trouver à Montréal. J'ai été informé que seule, la maison Merck de Darmstad, préparait ce produit chimiquement pure. Cet alcaloïde a donc été découvert par un Allemand, introduit dans la thérapeutique par les Allemands, et seule une maison Allemande nous en fournit une préparation pure. Je me suis adressé à la fabrique Merck, et je n'en fais venir qu'une petite quantité (5 grs.) chaque mois, parceque ce remède est très fragile ; il s'altère facilement à l'air et à la lumière. Toutefois une solution dans l'eau de pluie, bien stérilisée, m'a donné pleine satisfaction durant trente jours. Les dernières injections me paraissaient avoir autant d'activité que les premières. Je dirai plus loin la technique de la préparation de ma solution, et de l'anesthésie par la scopolamine.

Pour ce qui regarde ses propriétés physiques, il ne me reste à vous dire qu'elle se présente sous forme de cristaux ayant un peu l'apparence de la cocaïne ; elle est soluble dans l'eau, et très soluble dans l'alcool et l'éther.

Je vais rapporter maintenant avec quelques détails mes observations, surtout celles qui ont été faites dans des conditions différentes, afin de mieux fixer les règles de l'emploi de la scopolamine, la technique des injections, les indications et les contre-indications de cet anesthésique. J'ai écrit à la maison Merck leur demandant s'il ne leur était pas possible de préparer des tablettes hypodermiques, au cinquantième de grain, et d'embrober ces tablettes, de manière à les mettre à l'abri de l'air, et de la lumière, mais je n'ai pas encore eu de réponse : les doses à administrer sont si minimes que la manipulation de cet agent puissant en est rendu un peu difficile. Tout de même en observant la technique suivante, je crois que l'on peut agir en toute sécurité.

Procez-vous une bouteille en verre foncé, de un once et

quart (600 gouttes) dont la fermeture se fera avec un bouchon de cristal ou de caoutchouc. Placez cette bouteille et son bouchon dans un vase propre (fer émaillé ou porcelaine), contenant de l'eau pure et douce telle que de l'eau de source ou mieux de l'eau distillée, puis mettez au feu et faites bouillir pendant au moins une demie heure. Sortez votre bouteille pleine d'eau, après l'avoir bouchée sous l'eau avec des pinces stérilisées; laissez rafraîchir quelque temps, puis ajoutez dans vos 600 gouttes d'eau un demi grain de bromhydrate de scopolamine. La plupart des balances en usage chez les médecins sont assez sensibles pour peser un grain, il suffit ensuite de séparer cette dose en 2 portions, pour obtenir la quantité nécessaire et précise. Dans ces manipulations, faites en sorte de ne pas infecter votre scopolamine afin que votre solution demeure stérile. J'ai lieu de croire que la stérilité de la solution est la condition essentielle à la conservation de ses propriétés.

J'ignore si l'addition d'un antiseptique quelconque à faible dose pourrait retarder la décomposition du médicament, de même que j'ignore si sa solution dans l'alcool ou l'éther aurait pour effet de conserver longtemps l'intégrité de ses propriétés. Ce sont là des recherches que je ferai plus tard. Maintenant que notre solution est prête, il suffit d'une seringue hypodermique ordinaire, d'une capacité de 25 gouttes, et de tablettes hypodermiques de chlorhydrate de morphine au cinquième de grain. Dans une cuillère flambée ou bouillie, versez environ le contenu de notre seringue (25 gouttes) de la solution stérile, faites-y dissoudre une tablette de morphine, et vous avez là une injection équivalant à un cinquantième de grain de scopolamine et un cinquième de grain de morphine. J'ai l'habitude de donner mes injections sous la clavicule droite. Dans les opérations pas trop douloureuses, telles que les opérations sur l'utérus, une injection suffit assez souvent. Si toutefois l'on préférerait obtenir

une anesthésie plus complète l'on pourrait répéter cette deuxième injection deux heures plus tard. Enfin pour les grandes opérations, telles que amputations de membres etc., l'on devra, à moins de contre-indications, donner une troisième injection hypodermique, une heure après la seconde. Enfin le meilleur temps d'opérer, est environ une heure après la dernière injection. Durant l'opération, évitez le bruit autour du malade, ne lui faites pas subir de mouvements brusques, car alors tout en demeurant inconscient, le malade pourrait sembler s'éveiller; il fait un effort pour ouvrir les yeux comme quelqu'un accablé de sommeil ou de fatigue, l'on dirait qu'il cherche à comprendre; mais il suffit alors de lui recommander de dormir et presque toujours le sommeil le reprend. Je suis porté à croire, d'après ces observations que la scopolamine agit beaucoup plus sur le centre nerveux, sensitif, que sur le centre nerveux supérieur. Mais jamais, même lorsque l'opéré semble bien éveillé, jamais il ne conserve la mémoire de ce qui s'est passé pendant l'opération. Après un sommeil calme, de quatre, six, douze heures, le malade s'éveille pour demander un peu d'eau, change de position, puis se rendort pour aussi longtemps. Si alors vous le questionnez sur ses sensations, il vous répond invariablement; "je ne ressens aucune douleur, je suis parfaitement bien," seulement j'ai la bouche sèche je voudrais boire.

(*A suivre.*)

---

### RÉSULTATS TRÈS SATISFAISANTS.

J'affirme le fait, que j'ai ordonné le SANMETTO plusieurs fois et qu'il m'a donné des résultats très satisfaisants.

St. Louis, Mo.

DR. A. A. HENSKE,  
Diplômé en 1875, etc.

## ASEPSIE DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES SUPERFICIELLES DE LA PEAU,

---

Le médecin de pratique générale est très souvent consulté pour des maladies de la peau telles qu'impetigo, ecthyma, folliculites, etc. Il y a des exceptions, mais la plupart du temps vous le voyez prescrire des applications antiseptiques au sublimé, à l'acide phénique, des pommades mercurielles, salicylésées. Ces applications loin d'améliorer, aggravent parfois la maladie et en retardent la guérison. Aujourd'hui que nous connaissons comment se fait l'infection, la défense de l'organisme, la lutte entre la cellule et le microbe, l'emploi des antiseptiques devient de plus en plus restreint.

L'école chirurgicale actuelle reconnaissant combien est illusoire l'asepsie de la peau par les antiseptiques chimiques ne se sert plus que de moyens mécaniques. En dermatologie nous devons agir de même ; nous devons considérer les maladies superficielles de la peau comme de véritables plaies chirurgicales. Les principes d'asepsie qui guident le chirurgien doivent guider le médecin appelé à traiter une dermatose.

Ne gêner en rien et même faciliter la défense des tissus contre les microbes, aider à leur élimination et à celle de leurs produits de sécrétion, telles sont les règles que nous devons suivre. Les règles de l'asepsie trouvent leur application dans le traitement d'un grand nombre de dermatoses telles que les infections streptococciques et staphylococciques, les dermatoses humides suintantes, chaque fois qu'il existe des produits de sécrétions cellulaires ou microbiennes.

Les moyens à notre disposition pour réaliser l'asepsie superficielle sont nombreux, nous allons les étudier successivement.

Quand il existe des vésicules et des bulles il faut les ouvrir. On les ouvre avec des ciseaux ayant bouillis ; l'ouverture avec une aiguille, un scarificateur laisse à la surface une cavité virtuelle, s'infectant facilement ; avec des ciseaux on peut enlever largement la surface des vésicules, dont le fond reste ensuite à découvert. Les pustules, les phlyctènes purulentes doivent être ouvertes de la même façon.—Par malheur, les pustules sont très souvent beaucoup trop petites et trop nombreuses pour qu'on puisse les ouvrir toutes une à une.—Si on peut voir le poil autour duquel elles se développent fréquemment, ce poil doit être enlevé à la pince à épiler, sauf dans quelques cas où l'irritation provoquée par l'épilation peut être dangereuse ; à la période aiguë du sycosis de la moustache et de la barbe, cette épilation ne doit pas en général être faite.

Si les croûtes sont molles, il suffit de les nettoyer avec du coton trempé dans de l'eau bouillie ou bicarbonatée sodique à 2 p. 100 pour les faire tomber ; si elles n'adhèrent que faiblement au corps muqueux, on les enlève avec une curette qui doit toujours être maniée avec la plus grande douceur ; si elles résistent, il faut les ramollir avant de les enlever.

Le ramollissement des croûtes doit de préférence être obtenu par des pulvérisations, qui constituent la méthode la plus rapide, soit par des pansements humides ou émollients.

Les pulvérisations constituent le procédé de choix ; par malheur elles exigent l'emploi d'appareils coûteux, les petits pulvérisateurs ne donnant qu'une quantité de vapeur insuffisante et sans la pression qui favorise la pénétration des croûtes et leur ramollissement par l'eau. D'une manière générale, on se servira pour charger le pulvérisateur d'eau bouillie ou d'une eau légèrement alcalinisée avec du borate ou du bicarbonate de soude.



L'acide borique qui est employé d'une manière banale, n'a pas d'avantages ; parfois, très rarement, il a une action irritante sur la peau. Du reste, le but de la pulvérisation, dans les conditions où nous sommes placés, étant d'agir mécaniquement en ramollissant les croûtes, il n'y a pas lieu de projeter sur celles-ci de l'eau chargée de principes réellement actifs. La pulvérisation est le seul procédé à employer dans tous les cas où l'infection des foyers très multipliés et surtout si ces foyers paraissent déjà attaquer le derme. Elle sera faite assez longtemps pour que les croûtes n'adhèrent plus profondément à la peau ; elles sont alors détachées avec une pince armée de coton, et, de suite, on doit procéder au pansement. Lorsque pour une raison ou pour une autre, on ne peut employer les pulvérisations, les croûtes doivent être ramollies par des pansements humides ou émollients.

Le pansement humide destiné à ramollir les croûtes doit être fait simplement avec de l'eau bouillie, de l'eau boratée sodique, bicarbonatée sodique ou boriquée et être humide. Un pansement humide doit rester humide pendant toute la durée de son application sous peine d'être absolument inutile. Il est nécessaire que l'imperméable, taffetas gommée, etc., déborde légèrement les compresses de gaze mouillées qui sont appliquées directement sur la peau. Il est nécessaire également que la bande de gaze ou de toile soit appliquée de manière que le pansement ne se déplace pas ; il peut être utile à cet effet de placer entre elle et le taffetas imperméable une très légère couche de ouate. Pour éviter la macération, on peut y couvrir d'une pâte de zinc les régions sur lesquelles le pansement peut porter autour des points malades.

Les pansements émollients ne sont plus guère pratiqués qu'au moyen de cataplasme de fécule. Ils ne sont pas irritants

par les substances chimiques qu'ils contiennent comme l'étaient les anciens cataplasmes.

Voici comment on prépare le cataplasme de fécule : on delaye à froid de la fécule dans une quantité égale d'eau froide, puis on chauffe doucement jusqu'à production de vapeurs. A ce moment la consistance est épaisse ; on coule ce mélange dans un peu de gaze. Le cataplasme doit être appliqué tiède ou froid et être renouvelé souvent.

Les procédés que nous avons indiqués jusqu'ici s'appliquent surtout aux lésions du corps lorsqu'elles occupent une surface peu étendue, mais leur emploi devient singulièrement plus difficile lorsqu'une grande étendue de la surface cutanée est envahie. Dans ces cas, la première inspiration des médecins est de prescrire des bains généraux, rien n'est plus simple, plus à la portée du malade ; un bain simple, un bain d'amidon, sont faciles à donner, le malade sera même étonné si on n'en prescrit pas. Aucun moyen n'est plus dangereux, et aucun exemple ne permet de mettre mieux en relief les inconvénients des applications humides sur la peau. Tous les médecins auront l'occasion de voir des enfants chez lesquels des lésions impétigineuses se sont étendues à la suite des bains, et qui guérissent avec rapidité après leur suppression.

Il est des cas où nous n'avons aucun autre moyen pratique à notre disposition pour faire tomber facilement les croûtes ; les pulvérisations ne peuvent être faites sur le corps entier, les pansements humides et les cataplasmes ont le même inconvénient que les bains. On peut formuler les règles suivantes :

1° Le bain doit être court. Dix minutes, un quart d'heure suffisent pour imbiber les croûtes et les ramollir. Au besoin si on ne peut les enlever qu'incomplètement, mieux vaut attendre 12 ou 24 heures pour donner un deuxième bain.

2° Le bain doit être peu chaud : 34° en général.

3° Sur toutes les régions non infectées dans les cas où les lésions sont en voie de multiplication, on appliquera une pâte de zinc.

4° En tous cas, après le bain, la peau sera essuyée avec une toile fine sans être frottée, puis on poudra avec une poudre inerte toutes les régions non malades. Les croûtes ramollies sont enlevées comme nous l'avons indiqué.

Le pansement peut être sec ou humide. Le pansement sec peut se faire au moyen de gaze aseptique appliquée directement sur la peau, ou d'une poudre aseptisée sur laquelle, on dispose la gaze, maintenue par une bande. L'inconvénient de la gaze, appliquée, sans intermédiaire, est le suivant : les sécrétions superficielles se désèchent avec rapidité et adhèrent à la gaze. Sans doute, on pourra mouiller celle-ci longuement lorsqu'on changera le pansement, et l'enlever sans entraîner d'éléments épidermiques en régénération, mais cette manœuvre est longue, puis la coagulation du sérum crée une sorte de vernis imperméable et met par suite les régions dans des conditions moins favorables à la liberté d'excrétion des divers produits cutanés.

Au contraire, en projetant sur la région malade, une poudre, la réparation épidermique se fait très aisément ; ces pansements avec un poudre indifférente constituent un des moyens nécessaires de la méthode aseptique. Ils ne sont cependant indiqués que dans les cas où les sécrétions sont peu abondantes ; on ne les emploiera ni dans les poussées aiguës d'impetigo, ni dans le sycosis à forme aiguë, ni dans les folliculites superficielles ; les poudre aseptiques conviennent plutôt au pansement d'érosions un peu étendues et d'ulcérations, où les sécrétions pathologiques sont modérées.

Le pansement humide sera fait au moyen de gaze pliée en six ou huit doubles et trempée dans de l'eau bouillie ou du sérum physiologique, puis exprimée. Il est très important que le

pansement soit aussi peu humide que possible, il est important d'autre par qu'il reste également humide pendant tout le temps de l'application. On ne saurait trop minutieusement disposer l'imperméable de façon à déborder un peu la gaze humide et la bande qui maintient le pansement afin qu'il ne se déplace pas et il est souvent utile de protéger les régions non malades contre le pansement humide par une application de pâte. On le renouvelera en moyenne toutes les douze heures.

Lorsqu'on renouvelle le pansement humide, il est souvent nécessaire de débarrasser les surfaces malades des produits qui s'y sont formés. Pour cela on se sert de lotions très légèrement antiseptiques émollientes ou astringents. Parmi les lotions émollientes citons l'eau de son et d'amidon (eau 100, son ou amidon 10), la décoction de fleurs de sureau (5 p. 1000), de racines de guimauve (20 p. 1000). Parmi les lotions astringentes : les solutions d'alun (1 p. 100), de tannin (5 p. 1000), la décoction de fleurs de camomille (5 p. 1000), de feuilles de noyer (10 p. 1000) et de feuilles de saponaire (10 p. 1000).

Nous ne devons jamais employer de pommades dans le traitement des infections aiguës : elles gênent l'évaporation et les excrétions de la peau, par conséquent elles sont contraires aux règles d'une bonne aseptie.

R. MAYRAND

---

MANUEL DE MATIÈRE MÉDICALE, à l'usage des garde-malades par le docteur E. P. Benoit, médecin de l'hôpital Notre-Dame, professeur suppléant de pathologie interne à l'Université Laval, -Vol. in-16, broché, de 286 pages. Prix \$1.00. S'adresser à l'hospitalière en chef de l'hôpital Notre-Dame.) Frais de poste : 10 centins.

# **Intérêts Professionnels**

---

## **QUESTIONS D'ACTUALITÉ**

*Revue générale*

---

La question de la licence interprovinciale est plus que jamais à l'ordre du jour. De tout côté on s'en préoccupe; les sociétés médicales en ont déjà fait le sujet de longues délibérations; les périodiques y consacrent de nombreuses études; divers groupes de notre profession montrent même une impatience non déguisée à attendre le règlement définitif qui doit faire tomber ces murailles de Chine qui isolent, au point de vue médicale, les provinces les unes des autres; enfin, la question est depuis longtemps posée devant le collège des médecins qui, plus que tout autre a qualité pour la résoudre d'une manière efficace, et les divers étapes qu'elle a déjà franchies font espérer un résultat final dans un avenir très prochain. En effet, les barrières qui limitent l'activité d'un chacun dans sa seule province n'ont plus leur raison d'être; elles représentent un état de chose qui n'est ni en harmonie avec les idées modernes, ni avec l'expansion progressive du peuple canadien, une anomalie surannée. Sur ce point tout le monde est d'accord. Il faut que, dorénavant, le médecin dûment qualifié ait la faculté d'exercer son art où bon lui semble sans être en but aux exigences tracassières des autorités médicales provinciales là où il aura élu domicile. Bref, la réciprocité interprovinciale ne se discute pas, elle s'impose d'elle-même.

Cependant, de ce qu'une chose est désirable il ne s'en suit pas du tout que tous les moyens pour l'obtenir soient acceptables, ni qu'elle doive être arrêtée avec précipitation, sans un sérieux examen préalable, ni sans l'assurance de garanties équitables agréées de part et d'autre.

Les questions qui touchent aux intérêts vitaux d'une profession ne se transigent pas d'un trait de plume. Car alors, le geste, pour parler comme nos excellents confrères de l'Union, pourrait peut-être avoir de l'ampleur, même être très grand seigneur, mais les conséquences immédiates et médiates n'en seraient pas moins entachées d'une déplorable incertitude si elles n'étaient pas plus tard reconnues désastreuses.

Le règlement de questions de cette importance ne peut pas non plus être assujéti aux impatiences, aux caprices des uns, ni aux idées préconçues, encore moins aux visées ambitieuses des autres.

Une étude sérieuse, réfléchie de sa nature, des causes qui l'ont fait naître et des moyens proposés pour la résoudre ; une connaissance approfondie du terrain où l'on doit s'aventurer ; une vue claire et distincte des conséquences pour l'avenir où tout a été pesé et prévu, sont au contraire de la plus élémentaire nécessité.

Pour notre part, et nous plaçant strictement au point de vue spécial des intérêts supérieurs de notre profession, en même temps des conditions particulières créées par l'état de chose existant, nous voulons indiquer dans ces quelques pages, l'évolution de cette question de la réciprocité interprovinciale et de celles qui s'y rattachent directement depuis la faillite du projet Roddick, les divers phases qu'elles ont traversées, enfin, le travail qu'il reste à faire, c'est-à-dire les moyens proposés pour en arriver à une solution satisfaisante.

## I

Au lendemain de la chute retentissante du projet remédiateur Roddick à l'Assemblée Législative repoussé, par les chefs des deux partis politiques, sur son principe portant directement atteinte aux privilèges provinciaux en matière d'éducation, une détente s'était produite parmi les professionnels.

Aux trois années d'une lutte qui avait été vive, passionnée même et quelquefois acerbe, succéda un apaisement général à peine troublé de loin en loin par les doléances des fédéralistes déçus et désarçonnés.

Si le rideau s'était baissé sur la chute du projet de fédéralisation, il ne s'en suivait nullement que la question de la réciprocité fut enterrée pour toujours. Un seul moyen de l'obtenir avait vu le feu de la rampe et avait échoué, voilà tout.

La question était plus d'actualité que jamais, seulement, c'était une orientation nouvelle en conformité avec les lois provinciales qu'il fallait lui donner et c'est ce qui allait être fait par le Collège des médecins à sa réunion de juillet 1903. Au milieu d'une atmosphère chargée, toute vibrante encore, le collège, donnant effet au vœu émis en septembre précédent et contenu dans la motion Brochu-Baril, qui rejetait le projet Roddick mais déclarait " que les gouverneurs seraient prêts cependant à suggérer ou à accepter un système de réciprocité pour les diplômes et les licences en médecine entre les provinces de cette confédération pourvu que *cette réciprocité soit mise à effet sous le contrôle direct des bureaux provinciaux ou d'un conseil médical relevant de l'initiative de ces bureaux, sanctionné par les législatures provinciales* " (Rapport collège des Med. et chirurg. 24 sept. 1902, page 38), réouvrit courageusement cette épineuse question.

M. le Dr Brochu prit le prétexte d'une demande de recipro-

cité du Bureau Médical de la Nouvelle Ecosse au collège de cette province pour élargir le débat et faire soumettre cette question à tous les bureaux intéressés.

Il fut statué que le comité exécutif se mettrait immédiatement en rapport avec les différents conseils médicaux pour leur poser la question de la réciprocité afin d'en arriver à trouver un terrain de conciliation où l'entente fut possible.

C'était le premier pas à faire en vue d'un règlement. Et, il aurait été souverainement ridicule d'en agir autrement. Il fallait d'abord savoir si ailleurs on était disposé à traiter avec nous et sur quelles bases encore, avant de faire des propositions quelconques. Les grandes provinces étaient-elles toutes bien disposées vis-à-vis d'une réciprocité? c'était à savoir. Le doute était admissible surtout pour la province d'Ontario.

Le Bureau Médical de cette province s'était toujours, jusqu'à ce jour, retranché orgueilleusement derrière ses règlements pour faire échouer tout projet qui aurait eu pour base des concessions mutuelles et s'il avait adhéré au Conseil Central Médical c'était bien plus parceque l'élément anglais y jouissait d'une prépondérance numérique si grande que pour le simple désir de la réciprocité qui ne pouvait qu'augmenter chez lui la pléthore de médecins déjà excessive (1 medecin pour 380 personnes). Les Universités de cette province n'étaient pas non plus dans la même position que l'Université McGill dont les  $\frac{2}{3}$  de la clientèle viennent des autres provinces: de là moins d'anxiété, moins d'ardeur à plaider le renversement des barrières interprovinciales.

Il était donc de la plus élémentaire sagesse de s'assurer des intentions des Ontariens et des autres provinces avant de discuter de nouveau ce projet, cette fois dans les limites fixées par les conditions politiques existantes.

La reprise de cette question ne sembla pas cependant éveiller



au sein du collège l'intérêt que tous étaient en droit d'attendre. Il y avait trop peu de temps que l'Assemblée Législative avait arrêté brusquement dans sa course le météore fédéraliste.

Les partisans d'amendements caducs, d'essence et d'emblée, au projet fédéraliste faisaient parade d'une indifférence renfrognée et boudetuse, tandis que les Fédéraux convaincus voire même intéressés, non résignés, toujours en armes, ne pouvaient s'empêcher de laisser percer leur désappointement.

Leur mauvaise humeur éclata à propos de la prise en considération d'une proposition relative à la reciprocité des licences avec l'Angleterre. L'on proposait de reconnaître les brevets Anglais à la condition que le réciproque nous fut accordé.

M. le Prof. Campbell, représentant officiel de l'Université Bishop, saisit l'occasion aux cheveux et dans un discours très véhément, prétendit établir, d'après une enquête personnelle auprès des membres du British Medical Board, qu'il était absurde de songer à obtenir pareil privilège vu qu'il n'était pas permis au bureau anglais de traiter avec une simple province d'une colonie britannique. Et prenant avantage de ce fait, il s'efforça de démontrer, au milieu du plus grand enthousiasme de ses amis, que le projet fédéraliste Roddick était un acte de haute sagesse politique, qui malheureusement n'avait pas été compris par ses adversaires. La réplique ne se fit pas attendre : M. le Dr Brochu qui avait été dans le collège le champion des droits et privilèges provinciaux, lui répondit, en substance, au milieu d'une vibrante acclamation " que si le Canada était une nation, il était composé de différentes provinces confédérées, jouissant, de par l'acte de l'Amérique Britannique du Nord, de l'autonomie la plus complète pour toute question intéressant de près ou de loin l'éducation ; que si le bureau médical anglais l'ignorait, il fallait lui apprendre et que le projet Fédéraliste loin d'avoir été un acte de haute sagesse, n'était qu'un contre sens politique ; qu'enfin le British

Medical Board devait savoir et M. le Dr Campbell plus que tout autre que lorsqu'il s'agissait d'éducation, il fallait s'adresser aux seules provinces qui possédaient sur cette question les privilèges d'une nation et non au gouvernement fédéral qui n'avait aucune juridiction."

Les Fédéralistes restèrent muets, l'incident était vidé.

Le Collège passa outre et amenda ses règlements de manière à pouvoir traiter de gré à gré avec l'Angleterre.

D'ailleurs, un événement important devait se produire, l'année suivante qui allait sceller le dernier clou à la bière qui emportait dans l'histoire les dernières espérances des Roddi-queurs.

En effet, avis était donné par le secrétaire des colonies, Lord Lyttleton à tous les bureaux médicaux des provinces par le canal officiel conformément au protocole, que le British Medical Board était en instance auprès du parlement britannique pour faire changer ses lettres patentes, afin de lui permettre de traiter de la réciprocité des licences directement *avec les provinces considérées comme nations distinctes*.

C'était une éclatante reconnaissance des droits et privilèges provinciaux en matière d'éducation ; une douche d'eau froide sur la tête des Roddiqueurs, qui perdaient du coup leur seul argument en faveur d'un conseil fédéral, c'est-à-dire l'obligation d'une licence fédérale pour pouvoir traiter avec l'Angleterre ; enfin, une justification inattendue, mais que la raison des choses devait tôt ou tard amener, de la position que nous avions prise dans le débat de cette question à jamais célèbre de la fédéralisation de l'enseignement médical au Canada. Par exemple, les provincialistes n'avaient jamais songé qu'une semblable retribution leur serait accordée si tôt.

Celle que le British Medical Board venait de leur donner publiquement, les récompensait amplement du travail et de

l'énergie déployés et était de nature à leur faire oublier les attaques insidieuses, acerbes, et parfois injustifiables qu'ils avaient essuyés sans sourciller dans la lutte pour les libertés provinciales.

A la réunion de septembre, M. le président interpellé par le représentant de Québec-Centre, au sujet du résultat de la consultation des provinces paru très surpris, il n'en savait rien.

Evidemment parmi les "*quatre qui croient travailler comme quarante*"—traduction libre du spirituel brocard de l'Union à l'adresse du Collège—il s'en trouvait qui ne poussait pas l'enthousiasme pour la réalisation de la réciprocité interprovinciale pure et simple jusqu'à ses extrêmes limites !

Il est vrai qu'il ne s'agissait plus du projet Roddick.

Cependant, l'on s'engagea très solennellement à y voir et de fait, à la réunion de juillet 1904, les provinces avaient répondu et posé les premiers jalons d'une entente probable, du moins possible.

## II

Pendant que de part et d'autre on échange des vues, des projets relatifs à la réciprocité interprovinciale, le Collège ne reste pas inactif. Il s'était mis sérieusement au travail s'efforçant de parachever l'œuvre d'élever autant que possible le niveau professionnel.

Le travail se poursuivait avec calme, fermeté, pondération, sans bruit comme sans reclame, suivant en cela l'aphorisme d'Emile Deschanel que "bien ne fait pas de bruit—bruit ne fait pas de bien."

Le collège se proposait deux buts : le premier, le principal, mettre la profession médicale de la province sur un pied d'égalité avec celui des pays les plus avancés, et comme but secondaire, qui n'en est que le corollaire, répondre d'avance à toute objection possible basée, sur le défaut de concordance des programmes et

d'équivalence du temps consacré aux études médicales, lors du règlement final de la question de la réciprocité.

Elever le niveau professionnel, cela équivalait à ne donner la licence qu'à des médecins instruits dans leur art, et la première condition à remplir c'était d'exiger du candidat à l'étude de la médecine une bonne et solide formation intellectuelle pour qu'il fut apte à le bien connaître et capable de remplir les obligations morales et sociales qu'il comporte.

En septembre 1902, feu le Dr Vallée, s'arracha à son lit de souffrance pour proposer, après un très brillant plaidoyer, l'obligation pour tout candidat à l'étude de produire un certificat d'un cours d'études complet. Il mettait très éloquemment en parallèle la formation intellectuelle de celui qui a suivi un curriculum d'études classiques savamment gradué et suffisamment prolongé dans une maison d'éducation, de celle résultant d'un gavage hâtif sous la direction d'un professeur en vue d'un examen toute de surface, simple façade qui ne masquait même pas la médiocrité du fond.

Le point de vue tout juste qu'il fut n'était pas cependant à l'abri de la critique. Elle ne se fit pas attendre. Nos collègues de langue anglaise s'élevèrent contre ce que cette mesure avait de draconien pour leurs élèves et déclarèrent, à la surprise d'un grand nombre, que les high schools n'étaient pas outillés pour répondre à pareille obligation.

D'un autre côté, il se trouvait un certain nombre de jeunes gens qui pour une raison quelconque étaient dans l'impossibilité de suivre un cours complet dans un collège et qui ne méritaient pas de se voir ainsi fermer la porte d'entrée de la médecine.

Il fallait une bonne formation, soit, mais croire qu'un professeur privé ne pouvait pas, en y mettant le temps suffisant, donner à ses élèves l'équivalent, cela semblait verser un peu dans l'arbitraire. C'est dans le but de tout concilier que feu le

Dr Brophy proposa, pour encourager les jeunes gens à suivre un cours complet d'études classiques reconnu nécessaire à une bonne formation, de donner le brevet non pas seulement aux Bacheliers qui doivent conserver les  $\frac{2}{3}$  des points dans une épreuve et au moins le  $\frac{1}{3}$  dans l'autre, mais aussi à ceux qui auraient  $\frac{1}{2}$  des points aux deux épreuves consécutives. C'était d'ailleurs ce qu'exigeait le Collège à l'examen du brevet. Dr Brophy arguait que celui qui conserve la moitié des points aux deux épreuves du baccalauréat, jouit d'une aussi bonne formation intellectuelle que celui qui, tout bachelier qu'il soit, n'en conserve que le  $\frac{1}{3}$  à l'une des deux épreuves; que d'ailleurs le  $\frac{1}{3}$  des points aux deux baccalauréats constituait la signature d'une formation intellectuelle suffisante pour la prêtrise qui pouvait ces titres entrer en comparaison avec la médecine au triple point de vue des responsabilités morales, sociales et intellectuelles qu'elle comportait.

Enfin, pourquoi disait-il, les canadiens-français seraient-ils mis sur un pied inférieur aux anglais, tous bacheliers sans que les  $\frac{2}{3}$  des points soient exigés.

Et puis, comme il avait été établi par feu le Dr Vallée que les épreuves du baccalauréat étaient trente fois plus concluantes que l'examen du brevet, pourquoi ceux qui avec la  $\frac{1}{2}$  au baccalauréat conservent autant de points que le collège en exige à ses examens, seraient-ils obligés de passer un examen inférieur, pour avoir le droit d'étudier la médecine? cela ne manquait pas de justesse. Quoi qu'il en soit, le projet Vallée-Lachapelle prévalut.

On fit la refonte des statuts et à la session de septembre 1903, les collègues anglais firent accepter un amendement d'exception pour leurs élèves qui passa quasi inaperçu dans la discussion. Ce ne fut seulement qu'après la session que la portée de cet amendement apparut.

Des protestations s'élevèrent qui devaient amener le gouverneur en conseil à le rejeter comme étant une clause d'exception injuste pour les canadiens-français ; nos compatriotes de langue anglaise se trouvant suffisamment protégés par la sous-section qui statuait qu'un professeur peut donner un certificat de cours complet que le collège des médecins peut accepter. Les autres règlements étaient sanctionnés dans la même séance.

La question de la formation intellectuelle requise pour étudier la médecine, se trouvait enfin réglée, mais ce n'était pas tout, il fallait maintenant un programme moderne d'études médicales, comprenant plusieurs années d'entraînement scientifique.

Les matières de l'enseignement médicale furent augmentées et mieux distribuées et on fit alors subir au programme professionnel un réajustement dont l'importance n'échappera à personne. Le temps à leur consacrer fut porté à 5 années de 9 mois au lieu de 4. Le progrès rapide et continue des sciences médicales depuis quelques années, le développement de spécialités de plus en plus nombreuses, la nécessité d'un séjour prolongé dans les laboratoires et dans les services de cliniques militaient impérieusement pour ce changement.

Sur ce point il y eut au sein du collège une unanimité touchante. Les ennuis devaient venir d'ailleurs. Pour fixer la durée des études à 5 années, il fallait une loi, et pour obtenir une loi il faut le consentement de la législature et c'est au port que vint échouer le projet qui avait si facilement parcouru ses premières étapes. La législature lui refusa sa sanction.

Il faut que l'on sache que si ce malencontreux incident se produisit, M. le président E. P. Lachapelle doit en porter une grande partie de la responsabilité avec ses conséquences immédiates et médiatees. Le collège avait bien décidé qu'une loi serait présentée à la législature, mais une latitude très grande était donnée à l'exécutif pour s'occuper des voies et moyens

pour en assurer le succès. Il fut formellement déclaré à M. le président devant témoins, par le premier ministre de la province l'Hon. S. N. Parent conseillé à cet effet, qu'il était inutile de parler de ce projet avant que la législature en eu fini avec le Bill Taschereau et que de plus, la session lui paraissait bien avancée pour présenter un semblable projet de loi. Bref, la conclusion s'imposait, le terrain ne paraissait pas sûr pour la loi du collège dans le moment présent. M. le président qui avait été obligé de changer sa tactique sur le bill Taschereau après l'échec devant le comité de la chambre, craignant sans doute qu'on ne l'accusât d'avoir été à la remorque des gouverneurs de Québec, comptait peut-être refaire son prestige de président irréductible et défenseur quand même des privilèges du collège en prenant seul la direction à donner pour assurer la passation de la loi des 5 années.

Du reste, pourquoi M. P. Pelletier député de Sherbrooke reçut-il quelques jours plus tard la demande du Président de présenter le projet de loi, alors qu'aucun travail sérieux auprès des députés médecins et autres n'avait été fait, alors que le sentiment de la chambre se montrait si ouvertement hostile au collège et à ses privilèges pendant la discussion du Bill Taschereau ? n'eut-il pas été plus sage de la part du président de prendre, au préalable, l'avis de ses collègues, de tâter le terrain, de s'enquérir des chances de succès avant de risquer un échec ? Plusieurs députés médecins n'étaient-ils pas opposés du moins pour le moment, au changement demandé par le collège ? Savait-on que l'avocat du collège à Québec, l'Hon. L. P. Pelletier était ouvertement adversaire du projet de loi ? Le résultat devait établir à l'évidence que rien de sérieux n'avait été fait en vue d'assurer un succès, ou bien que l'intransigeance du président devant les comités de la chambre était une quantité négative voire même défavorable aux intérêts du collège, comme on se

plaisait à le dire ouvertement dans le monde parlementaire.

Les actes d'autocratie n'ont jamais fait de bien à notre profession, ni dans le collège, ni à la législature encore moins dans le grand public, et il est regrettable qu'un progrès comme celui qui était demandé, ait été ajourné, peut-être compromis pour quelque temps du moins, par une manœuvre aussi inexplicable que maladroite.

L'œuvre du collège est néanmoins terminée sur ce point, elle n'attend plus que la sanction législative. Espérons que cela ne tardera guère.

### III

Si le collège n'avait plus qu'à attendre le bon vouloir de la législature pour tout ce qui regarde la première partie de son œuvre, son rôle n'était pas fini; le plus difficile restait à entreprendre. Au cours des débats sur les multiples demandes faites à la législature par des élèves irréguliers pour forcer le collège à leur donner une licence à laquelle légalement ils n'avaient pas droit, et il avait été manifeste pour tous, que la grande majorité des députés se résignait difficilement à admettre une distinction réelle entre l'élève diplômé et en règle avec les statuts du collège, et l'autre porteur du même diplôme de docteur en médecine, mais inconnu pour le collège, ou irrégulier.

Cela ouvrait la porte à des équivoques dont profitaient les étudiants, en même temps créait dans le parlement, où notre organisation différente de celle des autres professions était très mal interprétée, une hostilité défavorable à nos intérêts, et qu'il était temps de faire disparaître.

L'échec que le collège venait de subir à la législature tant sur le bill Taschereau que sur le projet des 5 années d'études montrait l'urgence d'ouvrir la question des modifications à apporter à notre système de l'obtention de la licence.

D'un autre côté, la réponse de la province d'Ontario à la



demande de réciprocité contenait aussi, comme base de son acquiescement, la similitude de sanction des études médicales c'est-à-dire l'établissement d'un bureau central d'examineurs sous le contrôle immédiat du collège.

En faisant ce changement le conseil de la profession travaillerait donc à sa protection d'abord et ensuite à assurer l'accord sur la question de la réciprocité.

MM. les Drs Art. Simard, Paquin, Brophy et Sirois donnèrent alors avis qu'il serait présenté à la session de septembre 1904 une motion enjoignant l'exécutif de pressentir les Universités sur cette question de l'établissement d'un bureau central d'examineurs pour l'obtention de la licence.

Et de fait, en septembre, le collège accepta unanimement la motion suivante proposée par les Drs Brophy et Sirois, secondée par les Drs Langlois et Simard.

"Que le comité-exécutif de ce bureau soit chargé de s'entendre avec les Universités pour toutes questions concernant l'établissement d'un bureau central d'examineurs pour l'obtention de la licence. (Rapport 1904, page 53)."

Du reste, c'était la seule voie raisonnable à suivre. Car, il ne faut pas perdre de vue qu'il s'agit pour les Universités d'abandonner le privilège de donner des diplômes ad praticandum garanti par des chartes Royales pour le transporter au collège et que vouloir tout trancher sans s'assurer de leur acquiescement préalable, c'est courir inévitablement à une levée de boucliers dont le résultat est facile à deviner. Il n'est douteux pour personne que les Universités agissant de concert, sont en état de défendre victorieusement leurs privilèges devant la législature contre tous les efforts du collège des médecins et chirurgiens. D'où il suit, qu'un règlement à l'amiable de la question d'un bureau central d'examineurs est seul praticable.

La solution n'est certes pas encore trouvée tant s'en faut

mais il serait prématuré de croire que les Universités vont se retrancher derrière leur charte et opposer au collège une fin de nous recevoir.

Nous croyons être en position d'affirmer que les obstacles ne viendront pas de l'Université-Laval de Québec. Non pas que l'Université soit prête à abandonner ses privilèges à la première demande du collège, mais elle n'a aucune objection à discuter avec ses représentants et concourir avec eux dans la mesure du possible dans tout projet ayant pour but le maintien élevé du niveau professionnel.

D'ailleurs, le comité chargé de cette question doit faire rapport en juillet prochain. Une fois une base d'entente trouvée, l'établissement d'un Bureau Central sera chose facile à résoudre.

Puis, aussitôt cette question d'un bureau central d'examineurs définitivement réglée, le collège se trouvera en bonne posture pour discuter les bases d'une entente interprovinciale. Aucune objection sérieuse ne pourra plus être basée sur la non concordance des programmes, le défaut d'équivalence du temps consacré aux études médicales encore moins sur la non similitude de sanction qui sera celle en usage actuellement dans la province d'Ontario. Et, alors sera terminée cette épineuse question de la réciprocité qui a fait tant couler d'encre et en même temps fait sortir de leur caractère un certain nombre de confrères d'habitude très maîtres d'eux-mêmes, au point de se complaire dans de ridicules et enfantines acrimonies envers des confrères qui ont les mêmes droits qu'eux au respect et à la considération. On a trop souvent aussi dans la discussion, soit par ignorance des faits ou par parti pris, présenté cette question de manière à laisser subsister un déplorable équivoque, à porter la confusion dans les esprits, à fausser en définitive l'opinion,

créant de ces états d'âmes qui à toute époque, ont été des facteurs essentiels des événements.

En particulier, le souci de la mesure et de l'exactitude n'a guère jusqu'ici tenté nos confrères de l'Union. Il serait temps, ce nous semble, de songer au plus vite à combler cette lacune.

Dans les revues des questions pendantes, dans les multiples relations de faits qui les compliquent ou qui rendent plus claire la portée, dans les considérations qu'elles font naître, ils faisaient la part trop large à l'imagination ; ils mêlaient indument leur fantaisie aux données réelles ; ils engageaient trop de leur personne dans leurs récits.

Certes, nous ne prétendons pas que celui qui fait œuvre d'historien en même temps que de polémiste, doive se borner à reproduire simplement les documents sans jamais les mettre en œuvre et surtout se défendre comme de la peste d'avoir du talent. Seulement, il ne doit pas oublier qu'il ne s'agit pas d'une question de nuance mais de mesure.

" Il faut, a dit Pascal, de l'agréable et du réel ; mais il faut que cet agréable lui-même soit pris du vrai."

Nous savons très bien, à quel point chacun de nous est dépendant de son milieu, accessible aux impressions du voisinage immédiat, et c'est là peut être, croyons-nous, qu'il faut chercher la raison des inexactitudes, des appréciations erronées aussi injustifiable qu'injustifiées de l'œuvre du collègue d'une part, et d'autre part des imputations inqualifiables et toutes gratuites à notre adresse qui fourmillent dans les récents articles publiés dans l'Union médicale.

Nous n'irons pas jusqu'à dire que l'auteur de l'article intitulé " La licence interprovinciale et le collège des médecins" paru dans la livraison d'avril (page 155) a trouvé un rôle à sa mesure, ce serait certes l'humilier ; mais, quand il le relira avec calme, il se rendra facilement compte que l'on pourrait avec

juste raison, le comparer à cet esthète qui ne savait pas pourquoi mais ne se plaisait que dans le bizarre et le biscornu.

Si nous mentionnons ces faits, ce n'est pas tant pour leur donner une importance qu'ils n'ont pas et qu'ils ne peuvent pas d'ailleurs avoir, mais pour signaler au lecteur une conception nouvelle et très moderne de la discussion, actuellement en honneur à la direction de l'Union.

Cela n'empêchera nullement la question de la licence inter-provinciale de s'acheminer, lentement peut-être, mais sûrement vers un règlement équitable et, espérons-le, définitif : c'est ce que nous nous sommes efforcés de faire toucher du doigt dans ce simple et exact exposé.

Nous avons voulu aussi indiquer la place qu'il est juste de faire au Collège des médecins de cette province dans l'effort de la profession pour résoudre les questions d'actualité.

Il n'a peut-être pas eu la coquetterie de mauvais goût d'étaler l'appareil de son érudition de ses connaissances, de son entente de toute question en litige. Cependant, si son action, qu'il serait injurieux de méconnaître, n'a pas toujours été décisive, s'il n'a pas répondu avec empressement aux impatiences qui se comprennent pour un certain groupe de confrères inféodés de près ou de loin à des institutions directement intéressées, mais restent inexplicables ou inexpliquées pour d'autres, il est juste de proclamer, ce nous semble, qu'il n'en a pas moins mérité de la profession qui veut impérieusement que toute question soit étudiée avec calme, pondération et surtout, transigée sans précipitation aucune.

LA DIRECTION.



## **Sociétés Médicales**

À la dernière séance de la société médicale de Montmagny le docteur Masson a lu un travail que nous sommes heureux de reproduire.

### **L'HYPERTROPHIE DES CORPS LYMPHOÏDES DU PHARYNX**

Messieurs,

À l'instar des autres organes, les corps lymphoïdes du pharynx peuvent souffrir d'affections cancéreuses, tuberculeuses et toutefois, ce soit là des raretés pathologiques, tandis que, grâce à leur structure, grâce aussi à leur excessive irritabilité, l'hypertrophie des amygdales est d'occurrence très fréquente.

Nous avons donc pensé vous intéresser en traitant ce soir, cette question.

Passé sous silence dans les manuels classiques, cet état d'hypertrophie des corps lymphoïdes n'en constitue pas moins une entité nosologique, qui devra bientôt revendiquer ses droits aux livres d'état de la pathologie, tout comme la furonculose, l'eczéma, avec lesquels elle partage une affiliation très intime avec l'arthritisme.

Hâtons-nous donc d'esquisser brièvement les propriétés générales des tissus lymphoïdes, pour, ensuite, nous arrêter un peu plus longuement sur l'étude des corps lymphoïdes du pharynx.

#### **I**

*Anatomie.* Constituant normal de toutes nos muqueuses, le tissu lymphoïde se rencontre un peu partout dans notre orga-

nisme, tantôt par points ou plaques isolés, dans la conjonctive, la trompe d'Eustache; tantôt par masses plus considérables dans les follicules intestinaux, les plaques de Peyer et les amygdales.

Il ne faudrait pas croire, toutefois, que le tissu lymphoïde, *Développement.* se développe uniformément et simultanément dans ces organes. C'est le contraire qui a lieu: ainsi, les follicules intestinaux sont encore à l'état rudimentaire quand les amygdales sont déjà parfaitement développées. De même chez celles-ci, les amygdales pharyngiennes et buccales ont fini de se développer bien avant la linguale qui est encore à croître durant l'âge adulte.

Toutefois, on peut admettre que c'est durant l'enfance que se développe d'une manière générale le tissu lymphoïde, comme c'est durant cette période que se rencontrent à un plus haut degré de fréquence ces affections pathologique.

*Physiologie.* Son rôle physiologique est double. L'un, purement local consiste en la sécrétion d'un liquide anti-zymotique et lubrifiant; l'autre d'ordre élevé, est en rapport intime avec la genèse des leucocytes qu'il élabore dans sa substance en quelque sorte glandulaire.

*Histologie.* Au point de vue histologique, et dans son aspect le plus simple, il se présente sous forme de cellules arrondies de grandeur un peu variable.

Cette forme simple des cellules lymphoïdes est singulièrement intéressante en ce qu'elle a une évolution pathologique caractéristique, se résumant en une phase d'hypertrophie suivie, à plus longue échéance, d'une période d'atrophie. Et, à la vérité, cette atrophie n'est qu'une étape ultime et constante d'un même processus; l'hypernutrition de la cellule épuisant, en quelque sorte sa propre vitalité.

*Irritabilité.* Une propriété essentielle du tissu adénoïde est

d'être excessivement sensible aux irritants chimiques, mécaniques ou physiques.

Mais il me tarde, MM. d'en finir avec ces considérations générales, et j'ai hâte d'en venir à vous parler des corps lymphoïdes du pharynx.

## II

*Amygdales.* Là, sous le nom d'amygdales, on les trouve en masses polymorphes et de grandeur variable.

Un nombre de 4, elles forment, presque à l'entrée des voies respiratoires et au vestibule du canal alimentaire, un anneau continu, l'anneau de Waldeyer.

A la partie supérieure de cet anneau, en arrière des fosses nasales et implantée sur l'apophyse basilaire de l'occipital, l'amygdale pharyngienne. Elle mesure un peu moins d'un  $\frac{1}{2}$  pouce d'avant en arrière; sa largeur est un peu plus considérable. Elle emplit l'espace quadrilatéral que forme le cavum nasopharyngien.

Latéralement, dans le triangle formé par les piliers et la base de la langue, de dimension un peu plus considérable, les deux amygdales buccales.

Au bas, cachée sous la base de la langue et refoulant parfois l'épiglotte, l'amygdale linguale.

En pathologie, les 4 amygdales sont loin d'avoir la même importance. Les affections de la pharyngienne semblent spéciales à l'enfance; celles des buccales appartiennent plutôt à l'âge adolescent; tandis que les adultes sont à peu près seuls à souffrir des affections de la linguale.

De plus, la pharyngienne et la linguale ne connaissent guère que le processus chronique, tandis que les buccales, plus favorisées, se réservent le monopole des crises aiguës.

Voilà, brièvement tracées, les notions générales qu'il con-

vient de posséder sur les propriétés connues au 4 amygdales.

Étudions maintenant, si vous le voulez bien, la séméiotique propre à chacune d'elles.

*Hypertrophie de l'amygdale pharyngienne.* L'amygdale pharyngienne est inaccessible à la vue, par l'éclairage nasal. Avec un peu d'habitude, le miroir la décèle presque toujours, par voie pharyngienne surtout lorsque son volume est augmenté.

Hypertrophiée, l'amygdale pharyngienne est 85 fois unilobulaire ; assez souvent elle s'extrophia en grappes ou végétations plus multiples.

La séméiologie de cette affection comprend des signes d'ordre mécanique et des signes d'ordre physiologique, ces derniers étant la conséquence des premiers.

*Symptômes mécaniques.* Physiologiquement, l'arbre respiratoire qui se ramifie dans les bronches a ses racines à l'extrémité antérieure des narines, et la respiration buccale doit toujours être considérée comme un acte pathologique.

Lorsque l'amygdale pharyngienne atteint un volume suffisant, il en résulte une obstruction plus complète du naso-pharynx, et la respiration buccale s'établit degré par degré, la nuit d'abord puis d'une manière constante ensuite.

Le malade se plaint alors de céphalalgie ; sa voix devient nasomante, enchifrenée. Il a cette sensation désagréable d'avoir toujours le nez bouché. La nuit, il rouffe ; souvent même, il rouffe durant le jour. L'ouïe est souvent diminuée, et le malade accuse des symptômes de pharyngite. A la vérité, il met souvent tous les autres symptômes sur le compte d'un rhume qui ne veut pas déloger, et c'est pour ce mal de gorge qu'il va consulter le spécialiste.

Étudions rapidement la pathogénie de ces symptômes.

La céphalée est due à la gêne circulatoire et à l'hématose



incomplète, résultat de l'affaiblissement des mouvements respiratoires.

L'enchriffement et le mazonnement s'expliquent par l'obstruction des fosses nasales et les modifications apportées à la résonnance des conduits respiratoires.

La surdité est un effet de la compression des tubes Eustachiens, bien que, parfois, elle soit due à la seule exubérance des plaques lymphoïdes de ce conduit.

A l'état normal, la muqueuse nasale secrète au delà d' $\frac{1}{2}$  litre d'un liquide destiné à réchauffer et humecter l'air qui va pénétrer dans les bronches. On sait que, en accomplissant cet acte, une partie du liquide est évaporé, tandis que le reste tombe dans les voies digestives.

Ici, le passage de l'air ne s'effectuant plus avec la même énergie, il en résulte une diminution, une suppression même de l'évaporation, et le mucus stagnant devient bientôt le siège de fermentation plus actives et qui irritent les muqueuses et provoquent des modifications catarrhales qui envahissent le post nasum et s'étendent rapidement à tout le pharynx.

Telle est la pathogénie des signes mécaniques de l'hypertrophie de l'amygdale pharyngienne.

Ces signes ne tardent pas à apparaître et sont constants. On comprend qu'ils disparaissent complètement sous l'influence d'un traitement convenable.

Il n'en est pas de même des symptômes physiologiques qui sont tardifs et, sont la plupart, indélébiles.

*Symptômes physiologiques.* L'engorgement des ganglions du cou en est un des moins lents à se montrer. Presque toujours dès les 5 ou 6 premiers mois de la maladie, on trouve dans le postérieur, des petites glandes qu'il importe de toujours rechercher.

Leur pathogénie se passe de commentaires. Mais autre-

ment difficile est l'analyse de signes que l'on rencontre constamment du côté de la face et qui constitue un syndrome en quelque sorte pathognomonique des végétations adénoïdes. Je veux parler de la forme ogivale du palais ; de l'irrégularité de la dentition ; du vice de développement des os du nez et de la face.

Quelle que soit la cause qui préside au développement des cavités sinusiales des os de la face ; quelles que soient les théories invoquées par les physiologistes pour expliquer la formation de ces autres du frontal et des maxillaires sup., un fait reste acquis : c'est que les os au sein desquels se forment ces cavités se développent incomplètement et irrégulièrement quand la respiration nasale est suspendue par l'hypertrophie de l'amygdale pharyngienne.

En résumé. Une femme vient nous consulter pour son enfant. Celui-ci est pâle, amaigri ; ses épaules sont voûtées et sa poitrine rentrée. A le voir, l'air hébété, la mâchoire inférieure pendante, vous portez déjà votre diagnostic. Puis, la mère vous dit que son enfant a toujours le rhume, que, la nuit, il est en proie au cauchemar ; qu'il dort la bouche ouverte et ronfle constamment. Et elle ajoute que récemment sa gorge a toujours été malade.

Au triangle postérieur, vous sentez 3 ou 4 petites glandes, et le miroir, le doigt au besoin, vous montre l'amygdale pharyngienne hypertrophiée.

Plus simplement : toute personne qui ronfle habituellement, la nuit, ou qui respire par la bouche, souffre du nez ou du mal pharyngien. Si cette personne est un enfant, 19 fois sur 20, il s'agit de végétation.

Nous voilà donc fixés sur la symptomatologie de l'hypertrophie de l'amygdale pharyngienne ; recherchons-en maintenant l'étiologie. Ce que nous en dirons s'appliquera également à l'hypertrophie des autres amygdales. (*A continuer*)

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DE QUÉBEC.

---

Présidence de Monsieur le docteur Ahern.

Monsieur le docteur Ahern fait remarquer que le sérum de cheval, non immitinisé, produit les mêmes effets que ceux mentionnés à la dernière séance.

M. le docteur Faucher rapporte certains faits qui prouvent combien les préventions commencent à se répandre, dans le public, contre le sérum.

M. le docteur Dorion : " Je désirerais attirer votre attention sur un des états pathologiques que l'on ne rencontre pas souvent dans les suites de couches, mais qui ne manque malheureusement pas de gravité lorsqu'il se présente. Je veux parler de l'obstruction intestinale qui n'est pas spéciale à l'état puerpéral mais qui lui emprunte une physionomie particulière. Malheureusement le nombre des cas que j'ai à vous soumettre n'est pas considérable quoiqu'ils représentent tous ceux que j'ai rencontrés depuis mon début dans la carrière médicale.

Le premier en date est celui d'une pluripare de trente-cinq ans accouchée de deux jumeaux dont l'un pesait  $8\frac{1}{4}$  livres et l'autre  $8\frac{1}{2}$  livres. Deux jours après la délivrance je fus étonné de trouver le ventre ballonné et ayant un volume plus considérable qu'avant l'accouchement. Le pouls était un peu plus rapide que normalement mais il n'y avait pas de température.

Son franchement tympanique dans toute l'étendue de l'abdomen, mais pas de sensibilité à la pression même dans la région utérine ; lochies de bonne nature ; douleurs fortes et irradiantes, bon facies.

Par prudence je fis une injection intra utérine, mais les

choses restèrent dans le même état. Un purgatif agit à rebours et provoque des vomissements ; finalement j'eus recours aux lavements, il y eut débâcle et tout rentra dans l'ordre.

Trois ans plus tard, je fus appelé auprès de la même femme. L'accouchement fut normal quoique lent ; j'avais été prévenu trop tard pour instituer un traitement préventif, la même complication survint avec balonnement et douleurs violentes. Sans m'attarder aux injections utérines, je reconnus de suite aux purgatifs et surtout aux injections rectales qui ne tardèrent pas à donner de bons résultats.

Ma seconde patiente est une pluripare que j'accouche pour la première fois en 1901. Travail heureux et même assez court perte sanguine abondante. Le deuxième jour les gaz ballonnent l'abdomen si rapidement qu'on me fait demander au milieu de la nuit. Les absorbants, les purgatifs et les lavements sont mis à contribution, mais ce sont surtout les derniers qui soulagent la malade. Pas de fièvre, lochies normales ; cependant il faut catéthériser la malade pendant plusieurs jours.

A une grossesse subséquente, ma cliente étant venue me voir quelques semaines avant son terme, je lui prescrivis des laxatifs de sorte que l'intestin fut libre pendant toute la durée des relevailles, mais il n'en fallut pas moins faire encore quelques catéthérismes.

Le troisième cas est celui de madame D., pluripare et polysarcique accentuée, qui me fait demander au début du travail. Je voyais cette femme pour la première fois.

La présentation bonne et les parties génitales normales faisaient présager une délivrance facile ; mais une fois la dilatation complétée et les membranes rupturées, à cette période où la femme commence à s'aider si efficacement, tout resta dans le statu quo et je fus obligé de faire une application de forceps.

L'enfant fut extrait facilement, mais je me demande encore s'il était vivant lorsque je le baptisai.

Délivrance normale suivie d'une hémorragie abondante.

Jusque là tout s'était passé d'une manière presque normale, mais la suite allait amener des complications : deux jours plus tard le ventre commençait à se ballonner comme dans les cas précédents ; le tympanisme fut bientôt accentué et provoqua fortes douleurs et malaises. Pas de fièvre, pas de lochies fétide, pas de sensibilité utérine. Purgatifs et lavements furent mis à contribution, mais avec un résultat nul. Les vomissements, d'abord alimentaires, devinrent bientôt purrhaqués puis fécaloïdes.

Le pronostic aurait été des plus mauvais si la température, l'état du pouls et le facies n'avaient donné de l'espoir.

N'ayant pu, comme je l'aurais désiré, administrer à ma malade des lavements électriques, je fis de grands lavages intestinaux avec le tube Faucher ; à la profondeur où je le pouvais je devais atteindre le colon transverse. Après deux jours de cette manœuvre il y eut apparition de quelques matières puis débâcle.

Je dois dire que pendant plus de dix jours je fus obligé de catéthériser cette malade.

A sa grossesse suivante, cette dame vint réferir mes services quelques semaines avant son terme ; je lui conseillai de veiller sur ses intestins et de faire usage de purgatifs pour prévenir la complication qui nous avait donné tant de trouble. Malheureusement j'étais absent de la ville lorsque le travail se déclara. Les deux confrères qui me remplacèrent eurent beaucoup de trouble ; l'inertie s'en mêlant, ils tentèrent, sans succès, plusieurs applications de forceps et ne purent extraire l'enfant qu'après une version laborieuse faite sous chloroforme.

Enfant mort. hémorragie consécutive abondante.

Je repris ma malade deux jours plus tard ; il fallut encore

user du cathéter pendant une dizaine de jours, mais l'intestin fut de meilleur compte, il suffit de continuer les purgatifs pour le tenir perméable et je n'eus aucun trouble de ce côté. Les suites de couches furent bonnes.

En laissant ma malade je lui demandai de me prévenir vers le sixième mois, si elle redevenait enceinte. J'étais décidé à employer la strychnine et, ne connaissant pas la susceptibilité de cette personne, je ne voulais pas commencer l'administration de l'alkaloïde plus tôt : de crainte de provoquer un travail prématuré.

A l'époque fixée je commençai l'administration de la strychnine que la femme prit sans interruption jusqu'à son accouchement. Je lui imposai, en même temps, beaucoup d'activité au grand air.

Elle vient de quitter son lit après des relevailles très heureuses. Les premières douleurs ont commencé à onze heures du matin ; à six heures du soir, j'extrayais, à l'aide de forceps, une fille vigoureuse et bien constituée. Je crois que l'accouchement aurait pu se terminer sans les fers ; mais, à la rupture des membranes ayant reconnu une procidence du bras droit dans la vagin, je craignis d'avoir à faire la version. On ne voulait pas entendre parler d'intervention sans anesthésie ; en attendant le confrère que j'avais fait demander, je réussis à repousser ce bras en haut et à l'y maintenir jusqu'à ce que la tête s'engagea. D'un autre côté le père craignait tellement que cet enfant ne mourut, comme les deux précédents, qu'il me pria d'intervenir aussi tôt que possible.

Le lendemain, j'apportai mon cathéter, croyant avoir à m'en servir comme d'habitude, mais l'émission des urines se faisait normalement et s'est toujours bien faite depuis. Les intestins ont continué de fonctionner régulièrement de sorte que les résultats ont été aussi satisfaisants que je pouvais l'espérer.

Maintenant ma malade est debout et continue à se bien porter.

De l'histoire des cas précédents s'il résulte que cette obstruction n'est qu'une coprostase survenant chez des femmes polysarciques ou lymphatiques, à chairs molles et flasques, et dont la paroi abdominale a été relâchée par des grossesses répétées. Cette inertie des muscles la compression produite par l'utérus gravide et la sédentarité expliquent le mécanisme de l'obstruction.

Chez toutes ces femmes l'atonie était d'autant plus évidente que l'involution utérine s'est faite lentement et que, souvent, la vessie ne pouvait se vider qu'à l'aide du cathéter.

Le traitement est essentiellement symptomatique : laxatifs et strychnine comme préventifs, purgatifs et surtout grands lavages intestinaux comme moyens curatifs."

*M. le docteur Ahern :* " Je ne me rappelle pas avoir rencontré de cas analogues, mais dans les grands traumatismes comme les opérations abdominales, la constipation post opératoire est de règle et nous donne souvent beaucoup de trouble. Un grand nombre de médicaments, entr'autres l'éséryne, ont été préconisés pour prévenir cet état de choses, mais la plupart présentent des inconvénients."

*M. le docteur Simard :* " Dans tout accouchement un peu lent, la compression vésicale et urétrale provoque la difficulté subséquente d'uriner et nécessite le catéthérisme. N'en était-il pas ainsi dans les cas rapportés, surtout pour ceux où il y a eu intervention ? "

*M. le docteur Dorion :* " Je ne crois pas car j'ai vu souvent des accouchements plus longs et plus difficiles sans dysurie consécutive. D'un autre côté, ma malade qui a présenté les cas les plus graves et qui a eu besoin d'être catéthériser pendant le plus longtemps, ne s'est pas servi de la sonde à son dernier accouchement, alors cependant que j'ai été obligé d'introduire la

main pour repousser un bras procident, puis d'appliquer les forceps au détroit supérieur. Mais, alors, elle prenait de la strychnine depuis plusieurs mois et il y avait plus de tonicité musculaire et nerveuse.

Monsieur le docteur L. Couillard rapporte quelques vingt cas d'abcès tuberculeux traités par les injections modificatrices d'éther iodoformé et de naphthol camphré : éther iodoformé @ 10%, 2 parties pour une partie de naphthol camphré. Les résultats ont été satisfaisants, surtout pour les abcès cervicaux qui ont donné cinq guérisons pour six cas traités.

Les injections peuvent être quotidiennes, mais, en général, on en fait 2 ou 3 par semaine, pendant autant de mois qu'il faut ; les premières injections sont seules douloureuses. Quand les ganglions ne sont pas ramolis il convient d'injecter quelques gouttes de chlorure de zinc pour en liquéfier le contenu. Le pus des abcès froids est évacué par ponction et celui des abcès chauds par ouverture.

*M. le docteur Ahern :* " Je désirerais savoir combien de ces malades ont eu de la réaction.

*M. le docteur Marois :* " Le contrôle n'a pas été assez absolu pour pouvoir donner des renseignements satisfaisants.

*M. le docteur Simard :* " Trois cas, que j'ai pu suivre, n'ont pas eu de réaction et ont guéri. Généralement, je ne crois pas qu'il y ait de réaction.

*M. le docteur Ahern :* " Murphy assure qu'il ne peut y avoir de guérison sans réaction préalable. J'ai remarqué qu'en injectant l'éther iodoformé seul il n'y a pas de réaction tandis que l'adjonction du naphthol en provoque.

*M. le docteur Marois :* " Nos résultats sont à l'encontre des dires de Murphy ; une quinzaine de cas traités et guéris par nous, n'ont pas eu de réaction. Je n'ai eu quelques fois, que des symptômes d'iodoformisme.



*M. le docteur A. Simard :* " Le foetus que je vous présente provient d'une femme que j'ai opérée dernièrement pour une grossesse extra utérine. Cette personne, prise subitement d'une violente douleur abdominale, resta assise toute une journée, sans pouvoir bouger et fut opérée le surlendemain. Nous avons trouvé une trompe grosse et rupturée avec l'œuf intact et pendant dans la cavité abdominale. La quantité de sang répandu dans l'excavation était d'environ une pinte.

*M. le docteur Marois :* " J'ai déjà opéré une femme dans un cas semblable, la douleur était survenue après un effort de défécation ; nous avons trouvé l'œuf adhérent à l'extrémité de la trompe gauche.

*M. le docteur Ahern :* " Dans le premier cas que j'ai opéré la rupture de l'œuf avait eu lieu depuis quatre ou cinq mois. Tous les cinq ou six jours il y avait un peu d'hémorragie ; cette femme était habituellement très épuisée. Eu général l'hémorragie est considérable, mais les femmes se remontent étonnamment vite.

J'ai aussi opéré, il y a quelques années, une femme ayant une grossesse extra utérine des deux côtés ; une des trompes était rupturée.

*M. le docteur Marois :* " Il est évident que les grossesses écopiques sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croyait autrefois ; les femmes n'en meurent pas nécessairement ; quelquefois cela s'infecte.

Au mois d'août dernier, j'ai été appelé à opérer une femme dont l'œuf était rupturé depuis six semaines.

*M. le docteur Dagneau :* " Certaines de ces grossesses extra utérines arrivent à terme et Pinard élève chez lui trois enfants crus en dehors de la matrice et extraits par opération césarienne. La séance est levée à 10½ heures.

Le secrétaire,

F. X. J. DORION, M. D.

# STOMATOLOGIE

## LA CONSERVATION OU LE COIFFAGE DE LA PULPE \*

Conférence donnée par le DR LOUIS N. LEMIRUX

Quand la carie a pénétré une dent à une profondeur suffisante pour atteindre la pulpe, il surgit un problème qu'il faut résoudre.

Doit-on détruire cette pulpe et remplir les canaux des racines, ou doit-on prendre les moyens propres à lui conserver toute sa vitalité?

La solution de cette question demande, de la part de l'opérateur, beaucoup de discernement et une étude sérieuse des conditions pathologiques de chaque cas à traiter.

Étant d'opinion qu'aucune règle absolue ne peut s'appliquer aux cas généraux, je crois toutefois qu'il peut être à propos d'étudier la méthode de traitement à suivre et je me permettrai de vous faire, à ce sujet, quelques considérations qui, à vrai dire ne vous paraîtront pas nouvelles, mais qu'il est toujours bon de rappeler à sa mémoire.

D'abord ? qu'est-ce que la pulpe ou pulpe dentaire ?

Voici la définition qu'en donnent Beaunis et Bouchard dans leur traité d'anatomie descriptive.

“ C'est, disent ils, un organe qui remplit complètement la cavité dentaire, et qu'un pédicule mince, traversant le canal de la racine, rattache au périoste alvéolo-dentaire.

“ Sa substance se compose d'un tissu fondamental fibrillaire très rapproché du tissu connectif embryonnaire.

“ Sa surface est tapissée par plusieurs couches de cellules cylindriques; les plus superficielles, cellules dentaire ou odontoblastes envoient dans les canalicules de l'ivoire des prolongements fins, qui constituent les fibres dentaires.

\* Travail lu devant la “ Société d'odontologie Canadienne Française ” à Québec, le 7 janvier 1905.

Magitot, de son côté, donne de la pulpe la définition suivante: "Chez l'adulte ce n'est autre chose que la papille dentaire du foetus dont le volume est énormément réduit par suite des progrès du développement. Elle est l'organe formateur de la dent " le centre de son activité vasculaire et nerveuse.

Les règles principales qui doivent nous guider dans cette opération sont les suivantes : l'âge du client ; la profondeur de la cavité ; la position qu'occupe dans la bouche la dent affectée, la durée et l'intensité du mal causé par la dénudation de la pulpe

Chez les jeunes sujets les avantages de conservation sont plus grands que chez les adultes et chez les vieillards.

La pulpe dentaire ne cesse ses fonctions physiologiques seulement lorsque la calcification de la racine est complétée. Ceci se produit généralement lorsque la dent a passé à travers la gencive.

Les dents étant attaquées par la carie avant que l'apex soit complètement ossifié, s'il arrivait des cas de dénudation avant leur sortie de la gencive, et qu'il y eut en même temps destruction de la pulpe à cette période de la formation de la dent, alors la racine resterait inachevée et par conséquent, avec une ouverture au sommet.

Il est d'une haute importance dans les cas de pulpe exposée que l'on fasse l'impossible pour la conserver jusqu'à ce que la calcification de la dent soit complète. Ce phénomène se produit généralement vers la sixième année après l'éruption.

Il est évident que la pulpe peut être coiffée avec plus de succès chez les jeunes personnes parce que chez celles-ci, l'orifice apicale est plus grand, offre plus d'espace et donne plus de jeu aux vaisseaux lesquels peuvent être atrophiés ou gonflés par une irritation quelconque.

A mesure que le sujet se développe et avance en âge, les ouvertures aux bouts des racines deviennent naturellement plus petites, et il arrive souvent que la moindre irritation cause la mort de la pulpe.

Si la pulpe n'est que partiellement exposée, et conserve son état normal, ou si elle a pu l'être accidentellement par l'usage d'un excavateur, les chances de la sauver sont plus grandes que

lorsque la cavité est très profonde. Par conséquent, un plus grand orifice mettant la pulpe à nu l'expose beaucoup plus aux dangers d'infection.

La seule chance de conserver une pulpe c'est d'éviter la compression, et le succès est très difficile à obtenir lorsqu'il s'agit d'une dénudation dont l'orifice est très grand.

En égard à la position qu'occupe la dent malade dans la cavité buccale, l'on doit s'efforcer de conserver la pulpe au moins, pour les dents qui sont situées dans la partie antérieure de la bouche.

Ce qui doit nous guider dans cette opération, c'est de savoir que, après la destruction de la pulpe, la dent tend ordinairement à perdre plus ou moins de sa translucidité, et de sa teinte pour devenir apparente et désagréable à la vue.

Il est vrai qu'avec les précautions antiseptiques nécessaires, à partir du temps de la destruction mécanique de la pulpe jusqu'au temps propice pour l'obturation de la cavité, une plus ou moins grande décoloration peut être évitée ; mais cela ne change en rien la règle générale qui veut que l'on sauve la pulpe autant que faire se peut.

Le praticien ne peut jamais garantir que la dent, dont la pulpe a été détruite, devra rester intacte, garder sa fraîcheur et sa translucidité premières, même en suivant les meilleurs traitements. Alors raison de plus pour lui de tenter la conservation de cette pulpe, même dans les cas apparemment douteux.

La vitalité de la pulpe étant différente chez les patients, il est de bonne pratique, je crois, de lui donner le bénéfice du doute, surtout lorsqu'il s'agit de la conservation des dents antérieures.

Le dentiste devra tout de même protéger sa réputation en faisant comprendre au client que si la pulpe venait à mourir après ce traitement, il ne devra pas en être tenu responsable. Mais si le patient semble ne tenir aucun compte de ses remarques, alors l'opérateur devra détruire la pulpe afin de ne courir aucun risque.

Cette dernière classe de gens ne mérite pas la même considération de la part de l'opérateur, que celle qui, reconnaissant

les difficultés que le dentiste a à surmonter, se montre bien disposée à son égard, même en face des résultats apparemment déplorables.

Les derniers symptômes qui doivent décider de la vie ou de la mort de la pulpe dentaire sont la durée et l'intensité du mal. Dans les cas d'une pulpe en partie ou complètement exposée, lorsque l'intensité de l'inflammation dure depuis plusieurs heures, il arrive très souvent que l'organe ainsi atteint, ne peut reprendre son état normal. Alors il serait inutile d'essayer de la conserver.

Dans le cas contraire, si après avoir fait des pansements ou l'application de médicaments, les conditions pathologiques deviennent favorables, et que l'irritation disparaisse sous l'effet du traitement il y a plus de chances de conserver la pulpe.

Il faut aussi tenir compte de l'état de santé générale de l'individu.

On dit que dans les pays où il y a beaucoup de malaria, il n'est possible d'obtenir de bons résultats que par la destruction de la pulpe.

Certains auteurs ne veulent pas admettre que la conservation est possible lorsque la pulpe est exposée et qu'il faut absolument la détruire afin de ne pas être tenu responsable des résultats fâcheux qui suivent assez souvent ces opérations. Cette raison peut paraître plausible, mais, tenant compte de l'utilité de cet organe, je ne vois pas bien les raisons qui peuvent empêcher un dentiste de tenter l'expérience.

Au cours de ma pratique il s'est présenté des cas où j'ai réussi à conserver des pulpes exposées et à maintenir toute leur vitalité pendant plusieurs années.

#### MOYENS POUR COIFFER LA PULPE

Il y a une variété de méthodes et de substances employées pour la conservation de la pulpe, lesquelles possèdent, avec les qualités qui leur sont particulières, des avantages communs.

Cela ne veut pas dire que toutes ces méthodes sont également bonnes, cependant, ce qui est certain c'est que dans la

conservation de la pulpe, la méthode qui donne les meilleurs résultats entre les mains de tel ou tel opérateur, doit être celle qu'il emploiera de préférence.

Je crois qu'il serait opportun de mentionner quelques-unes des méthodes employées jusqu'à présent.

L'idéal de la méthode, quelle qu'elle soit, doit être, je crois, de trouver un moyen de protéger la pulpe contre les irritations extérieures, soit mécaniques ou autres.

Pour cela il faut employer un mauvais conducteur de la température qui soit non-irritant et plastique tout à la fois, afin que lorsque l'application en est faite, il n'y ait pas de pression sur la pulpe et que celle-ci soit couverte avec quelque chose de rigide pour la protéger des irritations extérieures.

L'on conseille l'usage de l'oxychlorure de zinc comme protecteur, mais je crois que ses propriétés irritantes doivent limiter son usage aux pulpes qui peuvent endurer une grande irritation sans danger de destruction.

Il arrive que certaines pulpes peuvent endurer beaucoup d'irritation et être stimulées au point de former de la dentine secondaire, laquelle leur sert de protection; mais c'est une très rare exception. Dans ce cas l'inévitable c'est la destruction de la pulpe.

Ce seul fait, que l'opérateur ne peut prédire quelles seront les pulpes qui pourront ou ne pourront pas endurer d'irritation, rend l'usage de l'oxychlorure de zinc presque impraticable.

Il y a aussi l'oxyphosphate de zinc. Ce produit est beaucoup moins irritant que le précédent et aussi plus facile à manipuler.

L'on peut en faire l'application parce qu'il s'adapte mieux aux parois de la cavité sans pression aucune, et il devient assez dur pour protéger la pulpe.

Tout de même il produit assez d'irritation pour nous empêcher d'en faire un usage exclusif; afin d'obvier à cet inconvénient, l'on mêle un peu de la poudre avec de l'huile de canelle de clou, ou d'Eugénol; on en fait une pâte que l'on applique légèrement sur la pulpe exposée, puis on met l'oxyphosphate de zinc.

Ces huiles étant anodines et antiseptiques, cette pâte protège la pulpe contre les effets irritants de l'oxyphosphate de zinc.

Une autre méthode est celle de se servir d'une coiffe métallique au-dessus de la pulpe.

On fait un disque concave en or ou en platine, on médicamente la pulpe, soit en se servant de la pâte que j'ai mentionnée précédemment, ou encore en saturant des fibres d'asbeste d'une

des huiles essentielles, préférablement l'Eugénol, qui est le principe actif de l'huile de clou.

On applique le protecteur en métal, puis on obture la cavité avec de la gutta percha ou du ciment.

Je préfère employer la gutta percha temporairement pour la raison que, s'il arrivait un échec, il serait plus facile pour l'opérateur et moins douloureux pour le patient d'enlever la gutta percha que le ciment.

#### MÉTHODE DE PROCÉDER.

On nettoie et on débarrasse la cavité de tous débris, surtout dans le voisinage de la pulpe, en ayant soin de ne pas blesser celle-ci. Moins il y a de matières infectes dans la cavité, moins grand est le danger de détruire la pulpe.

Avant de commencer cette opération, l'on doit appliquer la digue afin que la cavité à remplir soit complètement isolée et que l'application des médicaments soit plus facile.

On doit d'abord inonder la cavité avec un liquide anodin, antiseptique et non irritant, tel que les huiles essentielles de clou, de canelle, d'eucalyptol, d'eugénol et autres. Au bout d'une minute on peut enlever le surplus d'huile au moyen d'un coton absorbant. Puis, en se servant d'excavateurs bien aiguisés ayant la forme de cuiller, on enlève autant que possible les rangs d'ivoire décalcifié, après avoir pris les précautions nécessaires pour ne pas mettre la pulpe à nu. On fait une deuxième application d'huile qu'on laisse en place quelques minutes; pendant ce temps on prépare le matériel qui devra recouvrir la pulpe en permanence.

La cavité ayant été asséchée de nouveau, on applique la préparation destinée à recouvrir la pulpe, en ayant soin de ne pas la comprimer; puis on pose le disque concave et ensuite vient l'obturation en gutta percha ou en ciment.

Dans tous ces cas de traitement, je renvoie le patient à six mois ou environ, en ayant soin de le prévenir qu'à la moindre sensation d'irritation il devra revenir me voir.

Si au bout de ce temps il n'y a eu rien d'anormal, on peut obturer la cavité en permanence.

LOUIS N. LEMIEUX

Québec, 7 janvier 1905.



# NOUVEAU TRAITÉ DE MÉDECINE ET DE THERAPEUTIQUE

*Publié en fascicules sous la direction de MM.*

P. BROUARDEL  
Professeur à la Faculté de Médecine de Paris  
Membre de l'Institut

A. GILBERT  
Professeur à la Faculté de Médecine de Paris  
Médecin de l'Hôpital Broussais

L'accueil que le public médical français et étranger a fait au *Traité de médecine* de MM. Brouardel et Gilbert a été tel qu'à peine le dernier volume paru, une nouvelle édition s'imposait.

Encouragés par un si grand succès, directeurs et éditeurs ont tenu à faire un nouvel effort pour répondre à la bienveillance qui leur avait été témoignée.

Le *Nouveau Traité de médecine* n'est pas seulement nouveau par le titre, il l'est encore par la forme et le fond.

Laissant aux dictionnaires et aux traités du temps jadis la forme antique de lourds volumes incommodes à consulter, encore plus à lire, le *Nouveau Traité* paraît en fascicules séparés, entièrement distincts, ayant chacun leur titre, leur pagination propre, leur table des matières. Chaque fascicule se vend séparément et forme un tout complet, réunissant les maladies qui constituent des groupes naturels : voilà une innovation heureuse, qui est réalisée pour la première fois, en France, du moins.

Beaucoup d'articles qui n'existaient pas, beaucoup d'auteurs nouveaux, tous les articles refondus entièrement et souvent développés, voilà ce qui permet de dire que le fond aussi est nouveau.

Citons :

*Maladies microbiennes*, par PAUL CARNOT, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris ; *Tuberculose*, par MOSNY et BERNARD, médecins des Hôpitaux ; *Scrofulose*, par P. GALLOIS ; *Ankylostomoses, Vers intestinaux*, par GUIARD, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris ; *Psittacoses*, par GILBERT et FOURNIER ; *Trypanosomiase*, par LAVERAN, membre de l'Institut ; *Cancer*, par MÉNÉTRIER, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris ; *Maladies de la nutrition*, par RICHARDIÈRE et SICARD, médecins des Hôpitaux ; *Maladies du corps thyroïde, Pathologie de la moelle osseuse*, par VAQUEZ, etc. -

Enfin, grâce à sa forme, le *Nouveau Traité* pourra paraître très rapidement, à raison de 2 fascicules par mois.

Les trois premiers fascicules sont en vente.

I. — *Maladies microbiennes en général*, par PAUL CARNOT, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des Hôpitaux. 1905, 1 vol. gr. in-8, 232 pages et 54 figures, 4 fr.

Anatomie et Physiologie comparées du microbe et de la cellule organique. — Etiologie générale des infections. — Hétéro et auto-infections. — Pathogénie générale des infections. — La lutte cytobiologique. — L'immunité. — La virulence. — Anatomie pathologique générale des infections. — Sémiologie générale des infections. — Evo-



lution générale des infections. — Diagnostic et pronostic généraux des infections. — Bactériodiagnostic. — Toxi-diagnostic. — Cyto-diagnostic. — Séro-diagnostic. — Thérapeutique générale des infections. — Vaccinations. — Sérothérapie. — Méthodes thérapeutiques anti-infectieuses.

TRAITÉMENT DE L'ENTÉRITE MUCO-MEMBRANEUSE, par le Dr A. COMBE, professeur de clinique infantile à la Faculté de médecine de Lausanne, 1905, 1 vol. in-18, 272 pages, avec 4 planches coloriées. (Librairie J.-B. Bailière et Fils, 19, rue Hautefeuille, Paris). 3 fr. 50.

Ce livre est avant tout un livre d'actualité, le sujet et l'auteur sont également à la mode.

L'Entérite muco-membraneuse est en effet une maladie très répandue et sa fréquence augmente chaque jour. C'est une maladie nouvelle au point de vue thérapeutique, puisque l'entérite était méconnue et ses remèdes ignorés.

L'étiologie occupe d'abord une place importante; c'est justice, car pour bien guérir, il faut connaître les causes des maladies. L'auteur passe successivement en revue les causes prédisposantes et les causes déterminantes.

Le traitement se subdivise en deux parties : 1° le traitement de l'entéro-névrose ; 2° le traitement de l'entérite muco-membraneuse.

Cette deuxième partie comprend à son tour : la prophylaxie, le traitement de l'entérite secondaire, le traitement de l'entérite primaire.

Le praticien y trouvera des renseignements précieux qui lui permettront d'obtenir des résultats heureux dans le traitement des entérites qu'ils rencontreront dans leur clientèle.

C'est pour lui que l'auteur a tenu à reproduire en 4 planches coloriées les détails de l'analyse bactériologique des selles dans la constipation atonique, l'entérite muco-membraneuse et l'entérite infantile.

Enfin l'auteur a voulu aider les malades dans le choix des mets quotidiens, c'est pour eux qu'il a donné des menus détaillés qui serviront à régler leur alimentation.