

**PAGES**

**MANQUANTES**

# **Travaux Originaux**

---

## **UN NOUVEL HYPNOTIQUE : LE VÉRONAL**

---

Par M. le Dr. SALLUSTE ROY

Médecin attaché au service interne de l'Asile d'Aliénés de Beauport, Québec.

---

Durant le cours de l'année dernière, un nouveau composé est venu augmenter la longue liste des hypnotiques déjà connus et mis en application dans la pratique courante : le véronal.

Ce médicament qui nous venait de la maison-mère d'une des pharmacies les mieux accréditées, ne pouvait manquer d'exciter notre intérêt, comme médecin attaché au service interne d'un asile d'aliénés. L'insomnie est en effet, un des symptômes les plus fréquents et les plus difficiles à combattre que nous rencontrions dans les psychonévroses et dans la plupart des maladies mentales.

Les moyens mis à notre disposition pour combattre le symptôme sont les plus nombreux et les plus variés.

L'insomnie se rapportant à des causes les plus multiples et souvent les plus opposées, il n'est pas étonnant que les moyens mis à notre disposition pour produire un sommeil qui soit le plus près des conditions pathologiques puissent être très variés également et que leur efficacité sera d'autant plus constante, que leurs propriétés seront aptes à neutraliser les causes pathogéniques auxquelles le trouble se rattache.

Le véronal se présente sous la forme de petits cristaux blancs sans odeur et d'une saveur légèrement amère. Il est soluble dans environ douze parties d'eau bouillante, ou 145 parties d'eau à 20 degrés. L'avantage qu'il a de former avec les alcalis des sels facilement solubles favorise beaucoup son absorption dans les intestins. La dose varie de 25 centigrammes à 1 et même 2 grammes dans les cas exceptionnels.

Nous avons voulu en faire quelques essais dans notre service d'aliénés à l'Asile de Beauport, en choisissant de préférence les cas d'insomnie les plus rebelles, dans la plupart desquels les hypnotiques que nous employons, le plus habituellement, le sulfonal, le trional, le paraldéhydre, le chloral et l'opium.

Nous donnons aujourd'hui sommairement aux lecteurs du "Bulletin" les résultats de ces premières expériences.

Dans deux cas d'excitation maniaque aigue, entre autres où plusieurs des hypnotiques mentionnés plus haut, n'avait produit que des effets inconstants, le Véronal nous a procuré un sommeil calme et réparateur d'une durée de 4 à 6 heures. Mêmes résultats chez une autre malade atteinte de folie à double forme, qui, toujours dans ses périodes d'agitation s'était montrée refractaire à l'action des autres hypnotiques.

La dose administrée dans ces cas a varié de 15 à 25 grains. Ces résultats de l'apaisement des symptômes d'excitation démontrent que ce médicament ajoute à ses qualités hypnotiques une action sédative marquée sur le système cérébral.

Chez les déprimés mélancoliques, et dans les états neurasthéniques et hypochondriaques il a procuré facilement un sommeil naturel de la durée de 6 heures, la dose employée n'étant que de 10 à 15 grains dans la plupart des cas.

Le véronal a, sur les autres médicaments de la même série, (le trional, le sulfonal, etc.) l'avantage de s'absorber et d'agir beaucoup plus rapidement, ce qui lui assure des effets beaucoup plus

constants. Rarement son effet se fait attendre plus de une demi à une heure. Sa saveur légèrement amère, il est vrai, est assez facile à dissimuler, et son administration est ainsi rendue plus facile que celle de la paralaldéhyde qui trahit toujours sa présence malgré tout par son goût piquant et son odeur forte et piquante. Cette facilité de l'administration est un précieux avantage dans la la thérapeutique des maladies mentales, surtout ou l'on se trouve souvent obligé d'user de subterfuge ou de ruse pour faire accepter un médicament à des malades qui ne se guident pas par la raison.

Le sommeil produit par le Véronal se rapprochant du sommeil physiologique, il ne laisse que exceptionnellement un léger malaise au réveil. En somme c'est un médicament qui nous paraît destiné à devenir l'un des agents les plus précieux de l'arsenal de la thérapeutique des maladies nerveuses et mentales. Son champ d'action ne semble pas devoir se limiter à ses propriétés hypnotiques, il montre en-même-temps avoir un effet sédatif particulier sur l'excitabilité de l'écorce cérébrale.

S'il nous était permis d'en juger par les résultats que nous en avons obtenus dès nos premiers essais, nous n'hésiterions pas à dire que ce nouveau médicament est destiné à prendre place au premier rang, comme hypnotique, dans le cadre de la thérapeutique des maladies mentales particulièrement.



#### LE SANMETTO DANS LES TROUBLES GÉNITO-URINAIRES.

En ordonnant le SANMETTO dans les troubles génito-urinaires j'ai toujours la conviction d'obtenir des résultats sûrs et rapides. Cette confiance se base sur une expérience de plus de quatre années

St. Louis, Ma.

DR. J. J. HOFFMAN.

## PANCRÉATITE CHRONIQUE

Par le Dr B. L. Hardin, Washington D. C. Etats-Unis.

En 1896 l'inflammation chronique du Pancréas a été décrite pour la première fois, mais ce n'est que depuis 18 mois que l'importance de la maladie a attiré l'attention de la profession médicale. Ce n'est pas une maladie très rare, le diagnostic est possible et le traitement réussit le plus souvent. Pour ces raisons je vous présente le cas suivant en détail :

Madame C.—âgé de 49 ans, Nov. 1901.

Antécéd. hered. et personnels sans intérêt jusqu'au mois d'Août, 1896, alors amputation du sein gauche pour cancer ; dans le mois d'Aout 1900 amputation du sein droit pour la même cause. Dans le mois d'Octobre 1900, elle eut une attaque d'indigestion aigüe avec douleur et vomissement qui dura quelques heures. Dans le mois de Novembre 1901, sans symptômes prémonitoires elle est atteinte d'une douleur épigastrique très vive qui à durée 4 heures. Les deux jours suivants elle se plaint d'une plénitude et d'un malaise à l'estomac, accompagné d'éruclations, et le troisième jour elle a une deuxième attaque de douleur vive suivie cette fois par la jaunisse. Après une semaine la jaunisse disparaît, l'urine devient claire et les selles reprennent leur coloration normale. Alors les attaques de douleur reviennent mais avec moins d'intensité, elle souffre d'indigestion, bientôt suivie de jaunisse, d'une perte de poids, et d'une grande faiblesse. Ces symptômes ayant duré à peu-près une se-

maine, elle éprouve encore une douleur épigastrique très vive qui s'irradie dans le dos, dans le région inter-scapulaire. Dès lors elle eut des attaques semblables presque tous trois les jours.

*Examen physique*—Femme bien nourrie, avec jaunisse modérée, physionomie exprimant la souffrance. Les organes thoraciques sont à l'état normal. Un peu de sensibilité et de résistance à la pression dans la région épigastrique.

Pas de matité à la percussion, pas de tumeur appréciable. Le foie n'est pas hypertrophié, et la vésicule biliaire ne peut être sentie. L'urine contient de la bile, grav. spec. 1026, absence d'albumine et de sucre. Les selles sont décolorées, et ne contiennent pas de graisse libre.

Les paroxysmes de douleur continuent avec une intermittence régulière, la jaunisse devient de plus en plus profonde, la perte de force et de poids progresse avec une rapidité marquée et l'état de la malade devient très sérieux.

L'histoire de la maladie peut être résumée ainsi. Les deux seins ont été enlevés pour cancer: douleur épigastrique, jaunisse persistante et une perte rapide de poids, symptômes qui nous ont fait penser à une maladie maligne. D'un autre côté l'examen du sang n'indique pas une anémie secondaire. Il n'y a pas de leucocytose, ni de cachexie prononcée. Alors on conclut à une obstruction chronique du canal choiédocque par un calcul, et l'opération est conseillée. A l'ouverture de l'abdomen le pancréas est trouvé très gros, dur et nodulaire surtout à la tête. Les conduits semblent être libres et ne contiennent pas de calculs.

On croit avoir affaire à une affection cancéreuse de la tête du pancréas. Le vésicule biliaire est ouverte et drainée, l'abdomen est fermé et un pronostique défavorable posé. Heureusement pendant l'opération on a enlevé un morceau du pancréas afin de faire un examen pathologique. Le pathologiste n'a

trouvé qu'une inflammation chronique sans trace de malignité. La malade guérit sans incident.

Le premier cas de Pancréatite chronique à été rapporté par Riedel en 1896. Korte et Oser ont rapporté des cas en 1898, Lancereaux en 1899, Ebstein et Robson en 1900. Depuis ce temps beaucoup de chirurgiens ont rencontré cette maladie en opérant pour des calculs biliaires. Les ouvrages modernes sur la chirurgie et la médecine n'en parlent que très peu.

Comme résultat des expériences des chirurgiens mentionnés, les pathologistes et les bactériologistes ont étudié la question, et nos idées sur l'origine de la maladie sont en grande partie due aux travaux de ces hommes. Leurs conclusions sont.— Que l'injection de la bile dans le pancréas produit une hypertrophie chronique et un durcissement de l'organe. Que l'obstruction du canal de Wirsung et l'arrêt des secretions de la glande produit aussi une inflammation chronique et une sclérose de la glande. Que l'injection du coli-bacille ou de matières fécales dans le canal pancréatique produit la même résultat.

*Etiologie.*—Les causes de la pancréatite chronique sont, 1° l'obstruction du canal de Wirsung. Cette obstruction peut être le résultat, (a) d'un calcul logé dans ce canal. (b) d'un calcul dans la partie du canal cholédocque qui se trouve en relation intime avec le canal pancréatique, c'est-à-dire près de leur embouchure commune dans le duodénum. Ou encore (c) d'un calcul enclavé dans l'ampoule de Vater qui en obstruant à la fois les canaux biliaire et pancréatique fait que la bile passe directement du Foie dans le Pancréas.

2° *Injection microbienne.*—Il est bien connu que des organismes septiques variées habitent communément le Duodénum et surtout les canaux biliaires, et que dans les cas d'obstruction partielle du canal de Wirsung les conditions sont favora

bles à l'entrée de ces organismes dans ce dernier canal. Mais l'infection et l'inflammation pancréatique peuvent survenir sans obstruction aucune des canaux. Plusieurs cas ont été rapportés dans lesquels il n'y avait pas d'histoire antérieure de calculs et dont l'opération a démontré l'absence.

3°. *Substances toxiques dans le sang.*—

L'alcool est considéré par plusieurs auteurs comme un élément important dans l'étiologie de cette maladie, mais dans la majorité des cas rapportés il n'y avait pas d'histoire d'alcoolisme. D'un autre côté Opie a démontré que dans 25% des autopsies pour cirrhose hépatique le pancréas a été trouvé sclérosé à un degré variable. Le syphilis a été aussi incriminé, mais sans preuve.

*Pathologie.*—Que l'inflammation pancréatique soit due à une obstruction calculense, ou à une propagation au pancréas d'un catarrhe duodénal, le résultat reste le même, c'est l'infection du canal de Wirsung qui s'étend dans toute la glande. Si cette infection est très virulente, une pancréatite aiguë, hémorragique ou suppurative peut en être la résultat, mais ce qui arrive le plus souvent est une infiltration interstitielle lente qui progresse à l'hypertrophie et l'organisation. Alors l'organe hypertrophié exerçant une pression sur le canal cholédocque, donne lieu à un ictère persistant, simulant en ceci le cancer de la tête du pancréas.

*Symptomatologie.*—Le malade souffre peut être depuis longtemps d'un catarrhe gastrique quand soudain il est atteint d'une douleur épigastrique vive. La douleur est centrale et non dans la région de la vésicule biliaire, elle s'irradie en arrière, dans la région interscapulaire ou du côté gauche. Après une durée variable elle revient avec des intermittences régulières ou irrégulières, ou quelquefois il n'y a qu'une douleur profonde. Ces attaques peuvent être accompagnées de nausées



et de vomissements. Dans les intervalles il y a de l'anorexie, une sensation de plénitude, des éructations ou du pyrosis. L'ictère survient tôt ou tard, les selles sont décolorées, et l'urine contient de la bile. Avec chaque paroxysme l'ictère devient plus masquée et finit par devenir permanente. Il y a une diminution rapide de poids et de force, et la maladie alors présente toutes les allures de la malignité. Souvent il y a un peu de fièvre. Il y a diarrhée ou constipation. Les selles contiennent des fibres musculaire non digérés en excès et quelquefois de la graisse libre. La glycosurie ne survient que quand une large proportion de parenchyme glandulaire est détruit.

Avec la jaunisse le pouls devient lent, et le malade meurt d'épuisement.

*Examen physique*—A la palpation il y a souvent un point central sensible à peu près un pouce audessus de l'ombilic. Dans la région épigastrique on trouve un peu de rigidité musculaire, et le Pancréas est rarement accessible à la palpation. Dans quelques cas il comprime la veine cave et devient une cause d'ascite.

*Diagnostic*—Celui-ci est très difficile. Jusqu'à présent le meilleur signe d'un arrêt de secretion pancréatique est la présence dans les selles d'un excès de fibre musculaire non-digérée. Un autre c'est l'absence d'acide phénique dans l'urine après l'administration de Salol. Malheureusement la présence de graisse dans les selles et de sucre dans les urines n'a que peu de valeur pour le diagnostic, parce que ces symptômes ne se montrent que quand le Pancréas est presque complètement détruit. On devrait toujours les chercher, mais sur leur absence on ne pourrait pas conclure à l'absence de la maladie.

Les maladies qui ressemblent à la Pancréatite chronique sont : 1° Calculs dans le canal cholédocque ; 2° Cancer de la tête du Pancréas ; 3° Cancer des canaux biliaires. Chacune de

ces maladies peut avoir présenter les mêmes symptômes communs, c'est-à-dire, l'histoire de la maladie, la jaunisse, des paroxysmes de douleur épigastrique, perte de force, et la distension possible de la vésicule biliaire. On peut exclure l'obstruction cholédocque par calcul par le fait que la douleur siège à droite de la ligne médiane, s'étendant à l'épaule droite, le foie est sensible aussi, et peut être un peu hypertrophié; tandis que dans la Pancréatite, la douleur est centrale et s'irradie en arrière à la région interscapulaire, la sensibilité est sur la ligne médiane et non dans la région hépatique.

Heureusement la traitement de ces deux maladies est le même, et un diagnostic précis n'est pas nécessaire.

Mais quand il s'agit de cancer du Pancréas la différenciation est absolument nécessaire. Ici on se fie surtout sur l'examen du sang qui démontre une anémie secondaire marquée et une leucocytose, dans le cancer, phénomènes qui sont absents dans l'obstruction calculeuse et la pancréatite chronique. Une cachexie prononcée et une dilatation indolore de la vésicule sont encore en faveur du cancer. Il est vrai que dans la pancréatite qui dure depuis longtemps la vésicule peut être distendue, mais cette distension sera douloureuse dans la pancréatite et indolore dans le cancer. Dans le cancer des canaux biliaires la vésicule est très distendue, les ganglions peuvent être gros et quelquefois il y a une tumeur.

En résumé le diagnostic de Pancréatite Chronique sera basé sur les symptômes suivantes: ictère, douleur épigastrique centrale avec paroxysmes, sensibilité épigastrique et résistance musculaire, perte rapide de poids et de force, avec absence d'anémie secondaire ou de leucocytose, la présence dans les selles d'un excès de fibre musculaire non digérée.

Commidge a trouvé que l'urine bouillie avec un corps oxydant et alors traitée par le phénylhydrazin, donne un grand

nombre d'aiguilles jaune arrangés en rosettes, réaction qui est caractéristique de cette maladie.

Souvent une laparotomie exploratrice est nécessaire pour arriver à un diagnostic précis.

*Pronostic*—La maladie peut durer des mois ou des années. L'opération convenable donne presque toujours un bon résultat, et dans les mains d'un chirurgien capable, si l'opération n'a pas été retardée trop longtemps il ne devra pas y avoir de mortalité. Quand on trouve du sucre dans l'urine le pronostic est défavorable, car ceci indique une destruction avancée du Pancréas.

#### TRAITEMENT

*Purement chirurgical*—Les obstructions dans les canaux sont enlevés et la vésicule et conduits sont drainés.

J. D.

---

### SANMETTO DANS L'HYPERTROPHIE PROSTATIQUE. L'INCONTINENCE, LA DYSURIE ET APRÈS L'OPÉRATION DE LA CYSTOMIE

J'ai ordonné le SANMETTO pendant des années dans l'hypertrophie prostatique, dans l'incontinence et dans la dysurie avec de bons résultats. C'était surtout dans l'hypertrophie des vieillards accompagnée d'atonie vésicule que le SANMETTO m'a donné des succès remarquables.

Il m'a été également très utile pour calmer l'irritation consécutive à l'opération de cystotomie.

Bedford, Ind.

DR. J. T. FREELAND,

Diplômé en 1886.

MOUVEMENT CHIRURGICAL, A L'HOTEL DIEU  
DU PRÉCIEUX SANG, QUÉBEC PENDANT  
LES MOIS D'AVRIL & MAI 1904

---

- Tête*—Kyste sébacé du cuir chevelu—Ablation 1 cas.  
 “ “ du pavillon de l'oreille—Ablation 1 cas.
- Cou*—Ganglions tubercul, suppurés—Ablation 4.  
 “ “ “ —thermo-caut. 2  
 “ “ “ —aspiration et injection avec  
 ether iodof. et naphtol 1
- Tum. de la glande thyroïde—Ablation 1.  
 Kyste sébacé—1
- Nugue*—Lipôme profond—Ablation 1  
 Abscess—1
- Face*—Front angiome—Ablation 1  
*Paupière inférieure*—Plaie 1  
*Joue* épithélioma—thermo 4  
*Lèvre Sup.* bec de lièvre traumat 1  
*Lèvre infér.* épithélioma 11  
*Maxill infér.* fract.—ligat. des dents 1  
*Machoire inf.* Epulis Sarcomat. 2  
*Langue* tum. de la pointe—excision 1

TRONC

- Poitrine*—Pleurésie purul.—thoracitomie—2  
*Sein*—Ablation pour cancer—6  
*Dos.*—Abscess tubercul.—aspiration et injection avec ether iodof.  
 et Naptol Camph—1  
 Angiome sous cutan—Ablation 1  
 Lipôme—région fessière—1

## ABDOMEN

*Laparot.*—exploratrice—2

{ affect du pancreas 1 }  
 { cancer estomac 1 }

“ pour grand kyste multiloc, sous-péritonéal—1

“ “ - kystes ovariens—2

“ “ ovaires sclero-kystiques—7

“ raccourcisse. int. des ligaments pour rétroflexion—1

“ Hysterect. abd. sus vag. fibro-angiome—1

“ “ “ “ “ fibro-sarcome—1

“ “ “ totale pyo salpinx—2

“ Phlegmon de la partie sup. lig. large—1

“ pour appendicite à froid—4

“ “ “ à chaud—2

“ pour occlusion intestinale par adhérences—

*Hernie*—in. cure chirurg—2

## ORG. GÉN. URIN—FEMMES

*Utérus*—Curettage pour métrite—9

amputat, du col—1

Suture du col—(Emmett)2

*Périnée*—Périneorrhaphie—4

*Urèthre*—caruncles excision—1

“ applicat. du thermo—1

*mobile*.fixat-méthode Byea—1

*Rein*—Absès-ouvert. et drainage—1

## ORG. GEN. URIN-HOMMES

*Vessie*—Taille sus-pub. pour calculs—2

*Urèthre*—*Retre cissém.*—Cathétérisme rétrograde—1

“ Uréthrotomi interne—1

*Prostate*—Prostatectomie—opération de Freyer—1

*Prépuce*—*Circoncision* pour cancer—1

“ pour végétations—1

*Bourses*—Hydrocele—ponct et inj. iod.—1

*Testicule*—Castration—pour ectopie—1

“ pour tuberculose—2

applicat. du thermo—tuberc.—1

VOIES DIGESTIVES

*Intestin*—Entérorrhaphie pour coup de feu—1

*Rectum*—Anus ilisque pour cancer—1

*Hémorrhôïdes*—Thermo Cautére—5

MEMBRES SUPÉR.

*Epaule*—Luxat en ded. coracoïde—1

*Aisselle*—Gangl-tubercul.—Ablation—1

*Bras*—Pseudarthrose humérus avivement et suture—1

*Coude*—tuberculose—pointes de feu—1

*Avant-bras*—Absès—1

Corps étranger—1

Fract, ouverte des 2os—1

“ cubitus et luxat. en avant de l'ext. supcr. rad.—1

*Poignet*—Suture des tendons pour traumatisme—1

*Main*—Phlegmon paume de la main—1

amputat. pour traumat.—1

Tubercul. du doigt. (spin a ventosa traité par thermo—1

“ “ par amputation—2

Panaris—1

MEMBRES INFÉRIEUR

*Hanche*—Coxalgies suppurées—1

(Injections d'ether iodf. naphtolcamphré)

*Aîne*—Absès—1

*Cuisse*—Plaies—2

Amputat. pour ostéomyélite—1

“ “ tubercul. du genou—1

“ “ fract. bi. malléolaire—1

{ malade déjà reséqué du genou depuis }  
 { longtemps avait un raccourcissement }  
 { de 4 pouces avec membre inutile. }

Fracture—1

Genou—Tuberculose—4

(aspiration injection)

Arthrotomie et orange pour arthrite blennorrhagique—1

jambe—Fract. bimalléolaire—2

Abcès—1

Pied—Amputat. pour Sarcome—1

Pieds bots—reduction et immobil—2

Orteil—Orteil en Marteau—amputat—1



## LE SANMETTO DANS LES TROUBLES PROSTATIQUES, L'INCONTINENCE NOCTURNE, LA BLENNORRHAGIE, LA GOUTTE MILITAIRE, L'IMPUISSANCE ET LA CYSTITÉ

J'ai ordonné le SANMETTO depuis qu'il est connu aux médecins et toujours avec de bons résultats. Je le prescris dans les troubles prostatiques, l'incontinence nocturne, la blennorrhagie, la goutte militaire, l'impuissance et la cystite, etc. Partout où il est indiqué il se range parmi les meilleurs médicaments qui nous sont connus.

Cannelton, Ind.

DR. T. I. EADS,

Diplomé en 1881.

# SOCIÉTÉ MÉDICALE DU COMTÉ DE PORTNEUF

---

## LOI TASCHEREAU ET LE COLLÈGE DES MÉDECINS

---

Ouverture de la séance à 11 hrs. a. m. sous la présidence de M. le Dr L. T. E. Rousseau de St-Casimir.

Membres présents :— MM. les Drs. Rousseau, Dolbec et Frigon de St-Casimir ; A. E. Voisard de St-Alban ; S. Geo. Paquin de Portneuf ; Antoine Larue de la Pointe-aux-Trembles ; Armand Marcotte de Saint Basile ; Tnos. Savary du Pont-Rouge et Jules Desrochers de St-Raymond.

Trois confrères venus de Québec assistent à cette assemblée et contribuent pour une large part à rendre nos délibérations plus intéressantes, plus instructives et plus confraternelles.

Ces messieurs sont : MM. les Dr. Côme Reinfret, Charles Rosaire Paquin secrétaire du Collège des Médecins et D. Pagé gouverneur du Collège des médecins.

Le Président leur souhaite la bienvenue et les remercie d'avoir été assez aimables de s'être rendus à l'invitation de leur Secrétaire.

Les minutes de la dernière assemblée sont adoptées.

Le Secrétaire donne lecture des trois dépêches suivantes reçues le 14 juin au matin :

Le Dr P. Lard de Deschambault, le Dr Arthur Delisle de la Pointe-aux-Trembles et le Dr E. Filion de N.-D. des Anges saluent cordialement tous les médecins réunis à St-Raymond et regrettent de ne pouvoir s'unir à eux parce qu'ils sont auprès de malades qui requièrent leurs soins immédiats.

Mons. le Dr Milot de St-Raymond qui devait assister à l'assemblée, a été appelé en toute hâte, à la dernière heure pour un blessé, dans un accident de chemin de fer arrivé au Lac St-Joseph.

Mons. le Président demande alors que, par un vote unani-



me, MM. les Drs. Côme Rinfret, C. R. Paquin et D. Pagé soient élus membres honoraires de la Société Médicale du Comité de Portneuf. Accepté avec enthousiasme.

Les nouveaux membres honoraires remercient chaleureusement les confrères de l'honneur qui leur est conféré et chacun à cette occasion, fait ressortir les avantages multiples résultant de l'organisation des sociétés médicales de comtés et de districts et démontre aussi que l'influence d'associations semblables contribue pour beaucoup à promouvoir le progrès moral, scientifique et même matériel.

Le Secrétaire Dr S. Geo. Paquin répond aux trois visiteurs en les assurant que les paroles amies si bien dites, les sentiments énoncés si bien ressentis et les souvenirs des belles heures passées avec les confrères de Québec auront une large place dans les annales de la société et le cœur de tous ses membres. Ces trois nouveaux membres nous seront en effet d'un grand secours dans le fonctionnement de notre association et une garantie de nos intérêts professionnels.

En effet, le Dr Côme Rinfret a été, pendant 20 ans, député au Parlement Fédéral ; pendant 20 ans aussi il a été gouverneur du Collège des médecins de la Province de Québec. Il sera donc par là-même un conseil précieux pour les renseignements dont nous aurons besoin.

Le Dr Chs. R. Paquin est le Secrétaire actuel du Collège des médecins ; il est l'un des organisateurs et des fondateurs de la grande société Médicale de Québec, berceau du mouvement progressiste qui a tant fait déjà pour la profession médicale de notre province.

Le Dr. Damase Pagé est le fondateur de la Société Médicale du Comité de Shefford et gouverneur du Collège des médecins de la Province de Québec. Après avoir pratiqué 15 ans à

Waterloo, il a, pour cause de santé, laissé la pratique générale de la médecine, pour aller étudier dans les Hôpitaux de Philadelphie et de New-York en vue de revenir au milieu de nous comme spécialiste des maladies des yeux, des oreilles, du nez et de la gorge.

Le nouveau membre honoraire a bien voulu nous donner une preuve de l'intérêt qu'il porte à notre société en lui faisant cadeau d'un ouvrage de grande valeur :

“ C'est l'Atlas clinique de Robert W. Taylor sur les maladies de la peau et les maladies vénériennes.”

Il est proposé et résolu par le Dr. Thos. Savary, secondé par les Dr. Antoine Larue et Jules Desrochers que le nom du Dr. Pagé soit inscrit dans les annales de la Société comme généreux donateur de la Société Médicale de Portneuf.

\* \* \*

Après avoir fait ressortir les grands avantages qu'il y aurait pour nous, d'avoir un des membres de la Société au nombre des gouverneurs du Collège des Médecins, le Président fait l'éloge du Dr. Thomas Savary, un des fondateurs de la Société. Il énumère les nombreux services qu'il a rendus, les sacrifices qu'il s'est imposés pour aider notre association et protéger nos intérêts : et, dit-il : “Bien que tous et chacun des membres de la Société Méd. du Comté de Portneuf soient dignes et aptes à remplir noblement cette haute charge, cependant, s'il faut accorder une récompense au travail et au mérite, le Dr. Savary devrait être unanimement choisi comme candidat éligible aux prochaines élections du Bureau des Gouverneurs.”

Il fait remarquer de plus que cette initiative ne veut pas dire que M. le Dr Brophy, le gouverneur actuel, ne mérite pas de briguer de nouveau les suffrages, et qu'il n'ait pas accompli

son devoir ; au contraire nous n'avons aucun reproche à lui faire depuis les derniers six ans. Seulement nous croyons que c'est un honneur qui mérite d'être décerné de temps en temps à ceux qui travaillent dans l'intérêt de la profession.

Des applaudissements prolongés acclament la louable idée du Président.

Le Dr Voisard, secondé par le Dr Dolbec, propose que le Dr Savary soit le candidat choisi pour la charge de gouverneur aux prochaines élections du Collège M. et C.

Adopté à l'unanimité :

Le Dr Savary remercie l'assemblée de l'honneur qu'on lui fait et promet que si le scrutin le proclame gouverneur, il se rendra digne du poste d'honneur qu'on lui assigne, en travaillant de son mieux à défendre nos droits et nos intérêts.

Le Dr Antoine Larue qui n'oublie jamais le côté pratique, propose que le Secrétaire demande à tous les médecins du Comité de Portneuf de payer leurs arrérages en vue d'appuyer de leur vote le nouveau candidat au cas où un autre confrère du district briguerait les suffrages.

Le Dr Larue invite ensuite les membres de la société de se réunir chez lui à la Pointe-aux-Trembles au mois de Septembre prochain et nous laisse espérer qu'à cette réunion nous aurons le plaisir de connaître et d'entendre son fils le Dr Robert Larue et son neveu le Dr Robert Mayrand de Québec.

Accepté avec un enthousiasme non équivoque.

\* \* \*

Le Dr S. Geo. Paquin donne communication de toutes les correspondances échangées entre lui, agissant comme secrétaire, et M. le Régistrare le Dr Marsolais touchant la question du Dr Perron de Cap-Santé :

Mons. le Dr Dolbec fait remarquer à propos de cette ques-

tion, qu'il ne peut s'expliquer comment le Collège des Médecins a eu besoin de près d'un an pour prendre en considération sérieuse, la juste demande de la S. M. de P. N. concernant le respect aux lois du dit Collège et le maintien des droits que celui-ci a pourtant si chèrement acquis.

Les Drs Voisard et Marcotte parlent dans le même sens. Ces remarques, pleines de justesse et d'actualité rencontrent l'adhésion de tous les membres présents.

Le Dr Rinfret demande à l'assemblée de ne pas juger trop sévèrement, surtout dans les circonstances actuelles, la lenteur avec laquelle le Collège a procédé dans la question du Dr Peron et du Charlatan Chalifour, car, dit-il, pour décider ces causes d'une manière rationnelle et satisfaisante, il faut procéder bien lentement, vu qu'elles sont entourées d'une foule de circonstances atténuantes ; v. g. protections intempêtes, influences politiques, et mille autres raisons, qui mal appréciées peuvent faire douter de la bonne foi de ceux qui ont voulu faire respecter les lois du Collège, comme il est malheureusement déjà arrivé, d'accorder l'impunité à des irréguliers qui très souvent n'ont de *médecin* que le nom.

Les Drs Rosaire Paquin et Damase Pagé parlent dans le même sens et tout en admettant que le Collège a été lent à redresser la question en litige, ils promettent qu'elle sera réglée à notre plus grande satisfaction avant les élections du prochain Bureau.

Vient ensuite la question du fameux bill Taschereau :

Le secrétaire donne lecture de la lettre qu'il a écrite, à la demande des officiers de la Société Médicale de Québec, au "Conseil Législatif et à l'Assemblée législative, protestant énergiquement au nom de tous les membres de la S. M. de P.-N. contre l'adoption de ce bill, qui, pour favoriser quelques particuliers souvent de mauvaises foi, étouffent dès le début les efforts

faits par tous les amis de la science et du progrès pour encourager et relever le niveau des études Médicales dans notre Province. Voici le texte de cette lettre :

Portneuf 25 Avril 1904.

A l'Honorable Président.

Aux Honorables membres du Conseil Législatif de la Province de Québec.

La Société Médicale du Comité de Portneuf a l'honneur de vous présenter les résolutions suivantes, les soumettant avec confiance à votre haute et bienveillante considération.

Attendu que les lois Pinault (1898) et Roy (1900) qui, dans l'esprit de leurs auteurs, devaient régler d'une manière absolue et définitive la question des étudiants irréguliers, n'ont servi pratiquement qu'à augmenter le nombre de ces irréguliers en leur faisant connaître un moyen plus facile d'entrer dans la profession médicale ;

Attendu que le Bureau Provincial des médecins s'efforce de relever le niveau professionnel en exigeant des aspirants à l'étude et à la pratique, une somme plus considérable de connaissances, et que, d'un autre côté, les lois citées plus haut, servent indirectement à encourager beaucoup de jeunes gens à ne pas compléter leurs études classiques, et portent ainsi préjudice à l'intérêt public en rabaissant le niveau de la profession ;

La Société Médicale du Comité de Portneuf proteste énergiquement contre le projet de loi Taschereau et demande son renvoi.

L'assemblée approuve la démarche du Secrétaire et le remercie de ce qu'il a fait.

En raison du mécontentement manifeste que l'adoption de cette loi avait imprimé sur toutes les figures. M. le Président demande au secrétaire du Collège s'il aurait objection de rensei-

guier un peu la société sur les causes de cette disgrâce pour la profession médicale de notre province.

Le docteur C. R. Paquin déclare que c'est avec le plus grand plaisir qu'il se rend au désir de M. le Président. Il le remercie de lui fournir une occasion si propre à la discussion des responsabilités.

Bien qu'il n'ait aucunement la mission de défendre les promoteurs du compromis, il croit de son devoir, cependant, d'expliquer à la lumière de la plus stricte vérité les motifs franchement honorables qui les ont guidés dans la défense de cette cause.

Après avoir entendu, dit-il, la lecture des résolutions que votre secrétaire a adressé aux Présidents des deux chambres, je ne m'étonne plus que la nouvelle de l'adoption du bill Taschereau vous ait inspiré des sentiments aussi hostiles aux représentants du Collège. Mais il ne faut pas oublier MM. que le dénouement de cette regrettable cause reconnaît plusieurs facteurs que le Bureau ne pouvait renverser.

Ici, le Dr Paquin fait sommairement l'histoire des luttes sans nombre que le collège a eu à soutenir contre les législatures, de ses échecs aussi constants que multiples, de l'humiliation infligée par les lois Pineault et Roy, des procès onéreux qui ont failli ruiner le collège, de l'opposition systématique des hommes de loi et des politiciens contre notre profession, chaque fois que celle-ci a voulu se faire confirmer des privilèges que la loi elle-même lui avait déjà garantis.

Il rappelle que ce n'est qu'en 1902 que le Conseil législatif secoua le joug de ces influences néfastes qu'on connaît, et qu'il ferma la porte à toute loi d'exception, cause unique de la diminution de notre prestige tant social que scientifique.

Ce fut, dit-il, une belle victoire pour notre Bureau Provincial, que celle-là. Car enfin il restait acquis que la profession avait

été entendue, que nos conventions, nos congrès, nos sociétés médicales disséminés un peu partout, nos revues médicales en avaient assez dit aux corps dirigeants pour nous laisser jouir paisiblement de nos droits et privilèges ; et nous aider à mûrir la brèche au favoritisme, arme privilégiée des incapables qui a toujours été le pire fleau des Carrières libérales.

Mais cette joie fut de courte durée. En effet, nous avions compté sans M. Taschereau qui s'était chargé de démontrer à la profession combien la Législature est toute puissante, que sans motifs comme sans raison, au détriment de toute une corporation à la quelle elle a donné des lois, elle peut, dit jour au lendemain, défaire telles lois au bénéfice de quelques particuliers intrigants dont un des mérites incontestables se résume à pouvoir disposer de fortes influences.

Il prouva une fois de plus, aux gens honnêtes et bien intentionnés en vue de l'intérêt général, que leur confiance dans nos législateurs, était de l'enfantillage et de la naïveté toute pure. Et ! bien, Oui ! C'est le cas ! . . . nous nous sommes fait rouler une fois de plus, mais non sans combat.

Jé suis en mesure de vous déclarer que tout a été mis en œuvre pour le soutien de cette cause.

Un travail pénible de deux mois tant au sein de la profession et qu'auprès de nos hommes politiques, avait été organisé avec prudence.

Des députations très éloquentes par le nombre et le prestige avec M. le Président Lachapelle en tête, venues pour aider les représentants du Bureau à Québec, ébranlèrent visiblement le Comité de législation dans plusieurs rencontres, mais la cabale éhontée qui s'organisa alors pour renverser le Bureau, dont on ne pouvait réfuter les arguments, indiqua clairement, même aux plus sceptiques, que la partie était en grand danger.—Il restait bien le Conseil qui nous inspirait depuis 1903 une confiance non

équivoque, mais de l'avis des plus autorisés qui donnèrent de sérieuses raisons à l'appui, la loi Taschereau devait là aussi, franchir l'obstacle.

Dans cette pénible alternative, M. le Président revint à Québec une troisième fois, accompagné de l'avisur légal du Collège, Maître Geoffrion. Ils y rencontrèrent, dans une séance qui dura 3 heures, les autres représentants du Bureau à Québec. Après les plus sérieuses délibérations, MM. le Président et le Vice-Président, Mr le Docteur Brochu, restèrent convaincus que la seule alternative qui nous restait, était de morceler ce bill de manière à en extraire la plus forte partie de cette rapacité que le Collège désavouerait sûrement sans merci, plutôt que risquer subir le désastre qu'entraînerait son entière adoption.

Assurément ce ne fut pas là, la manière de voir de tous les membres. Quelques-uns, au contraire, toujours confiants dans l'intervention du Conseil, luttèrent jusqu'à la fin, croyant mieux conserver par là les privilèges du Bureau. Mais comme dans toute assemblée délibérante, c'est la majorité qui décide, ceux-là durent tolérer et subir telle décision.

Qui a eu raison ? Question difficile à résoudre....

En tout cas, ce dont nous sommes convaincus, c'est que dans cette cause, autant il était permis de différer d'opinion avec des supérieurs, autant c'était un devoir pour nous tous de respecter leur conviction, reconnaître leurs bonnes intentions et le dévouement dont ils ont fait preuve pour le service de cette cause.

Tous n'ont fait que subir l'œuvre des circonstances et abandonnèrent au naufrage ce qui paraissait le moins désastreux pour la profession du pays. C'est de cette façon qu'ils ont cru servir le mieux les intérêts du Bureau médical et que les seuls motifs qui les y ont poussés étaient le devoir et le désir de bien faire.

Il serait à souhaiter, qu'un bon jour, tous nous confrères de la province fussent témoins, une fois seulement, de la manière que les questions médicales sont discutées par nos hommes de loi. C'est-la qu'ils verraient à quoi se résume la responsabilité de



ceux qui ont mission de batailler toujours en vain pour obtenir justice. Ils comprendraient, dis-je, que les vrais coupables ne sont pas seulement les hommes politiques mais bien plutôt nous, les 1800 médecins qui composons le corps médical de la province.

N'est-il pas vrai, que nous nous sommes toujours fort peu souciés de nos intérêts, chaque fois, que nous avons été appelés à envoyer en chambre un candidat politique? que nous avons accepté aveuglement par avance, tous les votes que tel élu donnerait contre nous? plus que cela, que nous l'avons approuvé par notre silence et encouragé par de nouveaux suffrages?

Il y a seulement cinq ans, si nous avions eu le souci d'apprendre à ces messieurs qu'il leur fallait compter un peu plus avec le corps médical, nous n'aurions pas eu à regretter à chaque session les humiliations que la législature nous a sans cesse infligées.

Mais laissez-moi vous dire que ce règne de favoritisme de l'intérêt privé au détriment du bien général de notre profession, recevra avant longtemps un coup mortel qui nous permettra de reprendre notre revanche. Alors on comprendra combien il était peu diplomatique de mépriser les justes récriminations de 1800 médecins pour favoriser un certain groupe d'étudiants n'ayant *aucun droit* à la clémence de la loi.

C'est ainsi qu'à la dernière session, le bill Taschereau aurait très sûrement reçu le sort qu'il méritait, si nous n'avions pas été les premiers à enseigner à nos hommes politiques la formule propre à traiter les médecins comme une quantité négligeable.

Si je vous disais qu'un bon nombre de ceux qui ont voté pour donner une majorité à M. Taschereau ne comprenaient rien à cette importante question, qu'ils ont fait preuve d'une ignorance décourageante.

Pour ces gens là, les chartes royales des universités et les

lois que la législature a donnée au bureau pour régler ses affaires tout seul : c'est la même chose. Ce sont encore les universités qui sont responsables du grand nombre des irréguliers et de plusieurs autres insanités du même genre.

Ma foi, s'il fallait vous faire le récit de toutes les opinions ridicules qui ont été données là et des interprétations de notre loi par certains législateurs qui ont été mis là, quoi ! pour faire des lois, vous verriez MM. qu'avec des gens comme ceux-là, on ne peut rien faire à un moment donné. Mais espétons que l'avenir nous vengera royalement.

On s'indigne en tout lieu de ce que le bill Taschereau a été adopté. J'en suis. Mais ce qui n'est pas moins vrai, c'est qu'on ignore un peu partout qu'avant de devenir loi, il a été morcelé et transformé au point d'en faire un bill presque honorable si on le compare au bill original. Il me semble pourtant que la différence en est assez notable surtout lorsqu'il s'agit de discuter les responsabilités.

M. Taschereau par son bill demandait à la législature d'obliger le Collège des Médecins à accorder sa licence :

1° Aux élèves ayant obtenu leur inscription en Rhétorique et en Physique ;

2° Aux élèves ayant obtenu une inscription et consentant à passer la seconde ;

3° A la deuxième clause on ajouterait : excepté pour les élèves de 4e année ;

4° Pourvu que ces élèves auraient commencé leurs études médicales avant 1903.

5° Aux élèves ayant fait un cours complet dans une école normale.

Que reste-t-il de ce projet de loi ? A peine le préambule. En effet, on a obligé les élèves à venir passer devant le Bureau leur examen pour la 2de inscription.

2° On a obligé les élèves de 4e année à passer comme les autres cette deuxième épreuve.

3° Au lieu de laisser rentrer dans cette même fournée tous ceux qui avaient obtenu leurs inscriptions avant 1903, ce qui aurait fait un joli nombre, veuillez m'en croire, on a limité cela au 1er Nov. 1903, et seulement pour les élèves qui étaient actuellement dans les Universités.

4° On a fait retrancher au complet l'article concernant l'admission des élèves des écoles normales.

En résumé ceci revient à dire que pour bénéficier du bill Taschereau il faudra avoir fait le cours d'études complet et avoir obtenu l'inscription dans les deux bacchalaureats, au lieu d'une inscription dans un bacchalaureat et un diplôme de bacheliers dans l'autre, tel que le veut la loi actuelle du Collège.

Maintenant posons-nous la question de nouveau : "aurait-il été plus sage de risquer tout perdre ? Ce n'est plus le temps de discuter, mais chacun pourra y songer.

De chaleureux remerciements sont votés au Dr. Paquin pour ses explications et tous les membres s'en déclarent très satisfaits.

Vu la longueur de la séance et l'heure avancée, la lecture des travaux originaux est remise à une prochaine réunions.

Mr. le Dr. Jules Desrochers invite ses confrères à se rendre chez lui, où les attend un banquet superbe auquel tous firent le plus grand honneur.

Tous les membres de la société médicale de Portneuf conserveront longtemps le meilleur souvenir de Mons. et Mde Dr. Desrochers qui nous ont avec tant d'amabilité offert la plus cordiale hospitalité.

DR. S. GEO. PAQUIN M. D.

*Secrétaire Tres.*

S. M. DE P. N.

# Revue des Journaux

---

## HYGIENE PROPHILACTIQUE

---

### LA BLENNORRHAGIE CHEZ LES PROSTITUEES

---

Par BAERMANN

(*Zürchs. f. Bsch. d. Geschl.* Bd. II Nos 3 et 4 pp. 100 et 103, 1903.)

Il n'est pas possible de diagnostiquer la chaudepisse chez les prostituées d'une façon clinique sûre, à moins de la prendre à son stade le plus intense. Lorsqu'on a pu pratiquer l'examen microscopique de l'écoulement, le nombre des cas de blennorrhagie a fortement diminué comme le montrent les travaux de Neisser de Breslau et Hammes de Stuttgart. Réciproquement beaucoup de catarrhes paraissant dus à la chaudepisse au point de vue clinique, examinés au microscope, n'en étaient plus. Il faut demander à l'État ou aux communes le moyen de multiplier les examens microscopiques, on diminuera ainsi graduellement le chiffre des blennorrhagies chez les prostituées, conséquemment dans la population. Ce contrôle attentif, pour être profitable, devra être fait sur toute l'étendue de l'empire allemand et appliqué à toutes les muqueuses sur lesquelles le gonocoque peut s'implanter d'une façon durable. L'idéal serait un examen microscopique quotidien, mais on devra se contenter d'un examen bi-hebdomadaire. B. a examiné au microscope l'écoulement de 393 prostituées en 14 jours. Le gram lui a paru moins recommandable que le bleu de méthyle. L'examen clinique et la récolte de l'écoulement ont duré 1½ h. ; l'examen microscopi-

que lui prenait 5 heures par jour et il examinait 35 femmes par jour. Il n'a pas vérifié l'ubiquité du gonocoque signalée par Ströhmberg. Les prostituées sont fréquemment en possession du germe blennorrhagique. Dans 90 pour cent des cas où le gonocoque a été décelé d'une façon positive, les signes cliniques permettant de diagnostiquer sûrement une infection faisaient défaut. On peut dire que, chaque semaine, les sécrétions de l'urèthre, de l'utérus et des glandes de Bartholin doivent être examinées deux fois et une fois celles du rectum au point de vue de la recherche des gonocoques. D'après l'A., on peut arriver à examiner suffisamment 40 femmes en 4 heures. Suivant Blaschko, un médecin avec un assistant peut examiner de 30 à 40 prostituées par jour ; pour Jadassohn, un médecin et une infirmière stylée peuvent en voir de 15 à 20 en deux heures. Il est important que ce soit le même médecin qui soit chargé d'une façon constante de l'examen des prostituées. La connaissance des antécédents facilite le travail. Les vieilles prostituées sont encore assez souvent atteintes. Elles sont moins à l'abri des nouvelles infections blennorrhagiques qu'on n'était autrefois tenté de le croire. Les cas chroniques avec catarrhe du col, qui deviennent souvent infectieux, peuvent être traités dans les polycliniques ; le séjour à l'hôpital n'est pas nécessaire, on doit d'autant plus l'éviter que l'hospitalisation, avec les rigueurs qu'elle entraîne, a pour conséquence de favoriser la prostitution clandestine au détriment de l'officielle.

*(Journ. de Mal. Cut. et Syphyl de Paris)*



REMARQUES SUR LES CONSEQUENCES DE  
L'ABSTINENCE SEXUELLE.

---

Par ERB.

(*Zts. f. Bck. d. Geschls.* Bd. II, no 1., 1903.)

---

L'abstinence n'a aucune influence sur les tempérament froids. En est-il de même pour les hommes et les femmes normaux ou enclins aux plaisirs érotiques? Erb a pu étudier toute une série de jeunes gens, de veuves, fiancés, qui devaient beaucoup souffrir de la continence sexuelle et se livraient en partie à l'onanisme, qui les conduisait à une neurasthénie grave. Ces dangers sont naturellement très grands pour les hommes névropathes. La question est plus difficile à trancher pour les femmes. Les appetits sexuels varient beaucoup chez elle. Beaucoup de femmes sont des natures froides, les hystériques ont souvent une horreur profonde du concubinage. Cependant, beaucoup de femmes normales souffrent violemment de leur continence forcée et deviennent neurasthéniques. Des demoiselles jeunes, mais surtout celles arrivées à l'âge mûr, souffrent de troubles physiques consécutifs à la non-satisfaction de leurs désirs sexuels avec crises érotiques, images et hallucinations sexuelles, dépression nerveuse, accompagnées de troubles menstruels et de leucorrhée.

J. M.

(*Journ. des Mal. Cut et Syphil.* de Paris-)

---

STATISTIQUE DES MALADIES VÉNÉRIENNES  
A MANNHEIM

Par LOEB

*(Ztr. f. Bek. d. Geschl., Bd. II, No. 3, p. 93, 1903.)*

D'après la pratique particulière de l'A., les maladies vénériennes tendraient à augmenter de fréquence tout en diminuant d'intensité à Mannheim. Au point de vue général, la chaudière serait en augmentation absolue, tout en diminuant relativement, tandis que la syphilis augmenterait donc d'une façon relative. Le rapport de la blennorrhagie au chancre mou, à la syphilis, était comme 65, 72 : 7, 65 : 22, 69, même proportion dans la clientèle d'hôpital. Le pourcentage de la chaudière et de la syphilis tombe dans les établissements publics de 60 (1890) à 13 (1902). La prostitution clandestine a augmenté proportionnellement. Le chiffre de la population a presque doublé en même temps. Jusqu'en 1898, environ la moitié des contagés s'attrapait dans les maisons publiques ; actuellement il en est tout autrement. Les nouveaux rapports ne sont donc pas florissants tant au point de vue de la santé publique que de la morale. Sur 442 malades contagionnés, on compte 155 filles d'hôtel ou de brasserie et dames de comptoir, 67 domestiques, 65 demoiselles de magasin, 29 femmes de ménage, 27 couturières, 20 femmes de chambre, 17 ouvrières, 16 danseuses de ballet et choristes, 12 femmes mariées et fiancées. Ce sont les filles d'hôtel, café et brasserie qui paraissent les plus dangereuses, à Mannheim. Tout homme arriéré à l'âge de 38 ans a été en moyenne une fois atteint de maladie vénérienne.

J. M.

*(Journ. des Mal. Cut. et Syphil.)*

DANS QUEL SENS DOIT-ON RÉFORMER LA REGLE-  
MENTATION DE LA PROSTITUTION

---

Par NEISSER

(*Ztschr. f. Bek. d. Geschl.*, Bd. I, no 3 1903)

---

Volumineux rapport de près de 200 pages, avec 14 tableaux. Les propositions formulées par N. étant en partie déjà connues, nous ne retiendrons dans cette analyse forcément écourtée que les points principaux. La prostitution ne doit pas et ne peut pas être punie au même titre qu'un délit ordinaire. D'un autre côté, l'État a le devoir de protéger les citoyens contre les dommages que les prostituées peuvent leur causer, tant au point de vue de la morale que de l'hygiène. Il doit surtout interdire ce qui peut propager les maladies vénériennes, chercher à faire disparaître par des lois ou règlements tous les inconvénients qui pourraient en résulter pour la Société. La réglementation actuelle est insuffisante, elle est même nuisible par certains points. Nous le système manque de base légale. Les femmes inscrites ne jouissent pas d'une protection suffisante. Le contrôle tel qu'il est fait leur rend difficile, même impossible le moyen de gagner honnêtement leur vie. Les femmes ont de plus en plus tendance à vivre du commerce de surveillance spéciale. Les individus qui se livrent à la prostitution sont soumis à certaines obligations relativement à leur habitation que les propriétaires sont tenus de faire observer. Il est permis de tenir des bordels fermés ou ouverts et des maisons de passe à conditions de faire subir à toutes les pensionnaires une visite sérieuse quotidienne par le médecin spécialiste, conformément aux exigences de la science, de façon à rendre possible les changements de résidence des femmes, tout en rendant impossible leur exploitation. Les



juges et la police garantissent les mesures de la commission sanitaire dont les fautes ou manques peuvent être sévèrement punies. Les prostituées repentantes peuvent être pensionnées dans des ouvroirs, etc. Ces réformes doivent être graduellement faites : elle n'en seront que plus fécondes et plus solides pour l'avenir. Il faut commencer par soumettre les prostituées à un traitement ambulatoire, à une surveillance dans les policliniques générales de dermatologie et gynécologie, surtout si elles sont rattachées aux hôpitaux et entre les mains de spécialistes. La police n'a ici qu'un rôle purement exécutoire ou coercitif dans le cas de résistance. Les prostituées qui résistent devront être soumises à la visite dans les locaux policiers. Au fur et à mesure de l'accomplissement de ces réformes, on augmentera le personnel médical. L'Etat et les communes participeront aux dépenses. L'inscription sans prescription légale doit être abandonnée. Toute femme soupçonnée de prostitution doit être recherchée et examinée de suite par le médecin titularisé dans les locaux médicaux appropriés à cet effet. J. M.

(*Journ. des Mal. Cut. et syphil. de Paris*)

### LE SANMETTO DANS LA PROSTATITE, DANS LA SÉNILITÉ PRÉCOCE ET DANS TOUTES LES AFFECTIONS DES MUQUEUSES

Depuis la première apparition du SANMETTO dans le monde thérapeutique j'ai eu l'occasion de l'essayer et ma foi dans ce médicament n'a fait qu'accroître. Il est spécialement indiqué dans la prostatite et dans la sénilité précoce. D'après mes expériences, le SANMETTO exerce une influence favorable sur toutes les muqueuses.

St. Louis, Mo.

DR. MCG. WILSON.

Diplômé en 1857.

# OPHTALMOLOGIE

---

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DE M. LE DR. GALEZOWSKI

---

## LE GLAUCOME, ÉTIOLOGIE ET SYMPTOMATOLOGIE

---

Leçon recueillie et publiée par le Dr. A. BEAUVOIS

---

Messieurs,

J'aborde aujourd'hui l'étude d'une affection redoutable et très fréquente, dont il importe au plus haut point que vous possédiez une exacte connaissance. Il s'agit du glaucome, maladie dont la cause, encore obscure, excitera peut-être votre zèle investigateur, mais dont la thérapeutique heureusement est assez bien déterminée. Ce qui constitue, de plus, l'intérêt de son étude, c'est la détermination précise de sa symptomatologie qui nous permettra d'arriver au diagnostic précis. Dans aucune affection peut-être, et je vous le répétais avec insistance au début de ces leçons, il y a une aussi absolue nécessité de poser un diagnostic exact, et cela dès le début de la maladie. Que de malades, en effet, ont vu leur vision définitivement perdue parce que la terrible maladie n'avait pas été dépistée assez tôt. Je vous ai cité des cas de ce genre. J'ai eu l'occasion d'en voir de nombreux exemples dans le cours de ma pratique déjà longue. Vous verrez, en effet, lorsque je passerai en revue les symptômes du glaucome, qu'il y a des affections qui peuvent prêter à con-

fusion et faire errer la thérapeutique au plus grand préjudice du malade. Je n'ai pas l'intention de faire devant vous étude complète du glaucome. Le temps me manquerait pour cela ; je m'attacherai surtout aujourd'hui à vous indiquer ses symptômes, réservant pour une leçon ultérieure l'importante question de sa pathogénie et de son traitement.

Les anciens désignaient sous le nom de glaucome une affection dans laquelle la pupille prenait une teinte azurée ou vert de mer, (*γλαυκος*, glauque, vert de mer, *οφθαλμος*, œil). Il n'en est rien, et ce reflet de la pupille n'est nullement caractéristique. Le mot de glaucome a cependant été conservé et il désigne de nos jours une affection caractérisée essentiellement par l'augmentation de la pression intra-oculaire. Celle-ci, ou bien se déclare sans cause apparente—il s'agit de glaucome primitif ; ou bien est le résultat d'une autre affection (synéchies antérieures et postérieures, iritis séreuse, cataracte, décollements de la rétine, etc.),—c'est le glaucome secondaire, que nous n'étudierons pas aujourd'hui. Mais cette variété éliminée, il nous reste encore bon nombre de subdivisions dans le premier groupe. Tantôt, en effet, la maladie a une marche nettement inflammatoire (glaucome primitif aigu) et tantôt, au contraire, elle évolue sans bruit, ne se traduisant que par un affaiblissement plus ou moins rapide de l'acuité visuelle. Dans d'autres cas, les symptômes fonctionnels ordinaires manquent (glaucome simple), l'ophthalmoscope seul décèle une excavation (atrophie des Allemands avec excavation). Je me bornerai pour aujourd'hui, Messieurs, à l'étude de la première variété, le glaucome primitif aigu et ne vous dirai que quelques mots des autres.

Le glaucome primitif aigu, ou glaucome inflammatoire est une affection de l'âge avancé. On l'observe d'ordinaire entre quarante-cinq et soixante-cinq ans. Dans l'enfance et la jeunesse il constitue une rareté. Les femmes sont plus atteintes que les

hommes et surtout vers l'époque de la ménopause. Il est classique de dire qu'il est plus fréquent chez les israélites ; il faudrait ajouter dans ce cas, que les juifs ayant d'ordinaire une vie sédentaire, occupés à des travaux de bureau ou de banque, sont habituellement arthritiques ou goutteux et qu'il n'est pas étonnant dès lors qu'ils présentent plus souvent du glaucome. Les anciens, d'ailleurs, n'avaient-ils pas appelée le glaucome : *ophthalmie abdominale arthritique*.

Il n'est pas douteux que l'hérédité semble jouer un certain rôle dans la production du glaucome. Je pourrais vous citer de nombreuses familles où, après avoir opéré le grand-père, ou la grand-mère de glaucome, j'ai dû intervenir de même chez les enfants.

De Græfe a noté que l'hérédité semblait jouer un rôle surtout dans le glaucome inflammatoire. Telles sont les principales conditions étiologiques que je voulais vous indiquer.

Les symptômes sont nombreux et variés. J'insiste sur leur importance, Messieurs, parce qu'un diagnostic précis vous conduira nécessairement à une thérapeutique salutaire.

Que de cas de glaucome sont méconnus à chaque instant par les médecins, et pris pour des conjonctives ou des iritis. Traités dès lors ou par le sulfate de zinc, ou, pis encore par l'atropine, ils font courir les plus grands dangers aux malades. Le glaucôme simple est à ce titre plus redoutable encore, puisqu'il ne donne aucune réaction inflammatoire, et est souvent pris pour une cataracte commençante. La connaissance parfaite de la symptomalogie vous permettra, Messieurs, d'éviter ces erreurs.

Il existe d'abord, dans cette affection, une période qui peut parfois très longue, où le malade n'accuse que des troubles visuels très légers. Cette période prodromique est importante à bien connaître. Elle est d'ailleurs très fréquente ; d'après de Græfe, on la rencontre dans 75 pour cent des cas.

A ce moment, le malade qui viendra vous consulter vous racontera qu'il lui arrive parfois de voir des cercles irrisés autour des flammes, et d'apercevoir les objets comme dans un brouillard. Cet état dure, dit-il, quelques heures, puis tout rentre dans l'ordre. Ces troubles surviennent sans cause apparente ou bien le malade accusera avec précision une veillée fatigante à une lumière trop vive, un repas copieux, une émotion... Mais outre cette petite scène, dont vous verrez tout à l'heure la netteté symptomatologique lorsque nous l'analyserons, très souvent le malade n'a d'autre sensation qu'une presbytie prématurée ou trop rapide, ou une augmentation de sa myopie, et il vient consulter pour faire modifier ses lunettes.

Il serait très intéressant que vous assistiez à une de ces petites scènes que vous décrit le malade à cause de l'intérêt qu'elles présentent. Mais ce sera bien rarement, parce que ces accès prodromiques sont rapides, imprévus, ne causent aux malades qu'une gêne relative, et ont disparu quand le malade arrive chez vous. Cependant s'il vous arrivait d'observer un œil à ce moment, vous trouveriez la chambre antérieure un peu moins profonde, la pupille légèrement dilatée et paresseuse, la cornée, troublée et dépolie, avec une diminution assez nette de sa sensibilité, enfin signe caractéristique une légère hypertonie. Il s'agit bien, vous le voyez, d'une véritable attaque de glaucome, mais ce n'est là, qu'un prodrome ; il n'y a pas encore d'inflammation ; les accès sont d'ailleurs rapides ; ils durent une demi-heure, une heure, plusieurs heures même et disparaissent. Parfois, deux mois et plus séparent les premiers accès, puis ils surviennent plus souvent et éclatent bientôt à intervalles très rapprochés sans cause appréciable jusqu'à ce que, tout à coup, se déclare une attaque inflammatoire aiguë. Celle-ci constitue la caractéristique du glaucome que je vous décris aujourd'hui. L'accès aigu du glaucome primitif aigu survient d'ordinaire

après une période prodromique plus ou moins longue. Il peut être amené par des causes analogues à celles que nous avons énumérées plus haut au sujet des attaques prodromiques. Le malade se plaint de douleurs périorbitaires intenses survenant par crises et affectant le front, les tempes et même les dents ; la moitié de la tête même est douloureuse. C'est le soir surtout que ces symptômes fonctionnels augmentent d'intensité.

Vous trouverez, en effet, que, dans la plupart des cas, les branches de la cinquième paire : frontales, temporales, nasales, dentaires, sont affectées. Ces douleurs peuvent s'accompagner de symptômes généraux assez sérieux, fièvre, vomissements. En même temps, des irritations, des arcs-en-ciel, apparaissent autour des flammes, phénomène semblable à celui de la période prodromique, mais, fait important, la vision est très diminuée ; il peut même y avoir, dans certains cas, une amaurose passagère qui dure quelques heures. Tels sont les symptômes fonctionnels qu'accusera le malade qui se présentera à vous : douleurs violentes, arc-en-ciel, affaiblissement de la vision. Examinez l'œil maintenant et vous reconnaîtrez rapidement les causes de tous ces symptômes et arriverez au diagnostic.

Le globe oculaire est rouge, injecté ; les paupières sont souvent œdémateuses. L'injection est surtout accentuée autour de la cornée, et détermine dans quelques cas un chémosis séreux d'intensité variable. Les larmes coulent abondamment ; la cornée n'a plus son aspect brillant, normal ; elle est terne, dépolie, et ressemble d'après Desmarres "à une glace sur laquelle on aurait soufflé". Examinez très attentivement avec une forte loupe cette cornée et vous apercevrez un soulèvement de l'épithélium corné et qui est la cause du trouble si particulier que signalent tous les auteurs. En même temps, sa sensibilité en est très émoussée, si bien qu'on peut la toucher sans que le malade réagisse d'aucune façon, mais les altérations ne s'arrêtent

pas aux membranes superficielles de l'oeil, elle atteint aussi les membranes plus internes.

En premier lieu, c'est la chambre antérieure qui se trouve diminuée par le fait de la projection en avant de l'iris et du cristallin. L'iris n'est d'ailleurs pas indemne, sa couleur a changé, et sa substance est profondément modifiée.

La pupille est dilatée et irrégulière et sa réaction à peu près perdue ; mais le symptôme objectif capital, celui qui doit arrêter surtout votre attention, c'est l'augmentation de tension de l'oeil. C'est elle d'ailleurs qui constitue le symptôme capital de la maladie. Vous pourrez la reconnaître de plusieurs façons. Une des plus pratiques est la suivante : dites au malade de fermer doucement les yeux, puis appuyez légèrement sur les deux yeux avec le pulpe des deux pouces, et roulez ensuite la paupière circulairement sur le globe. Vous pouvez encore pratiquer la palpation comme s'il s'agissait d'une tumeur dont vous voudriez déterminer la nature solide ou liquide et reconnaître s'il y a fluctuation. Ce faisant, vous trouverez dans l'oeil glaucomateux une dureté anormale, que Desmarres comparait à la sensation que donne une bille de marbre.

Je dois ajouter, Messieurs, que l'ingéniosité de nos contemporains nous a dotés de quelques appareils spéciaux pour cette détermination. *Donders* (1863) a inventé un instrument pour mesurer la tension du globe de l'oeil et l'a appelé : *l'ophthalmotonomètre*. *Dor* (1886) *Monnik*, l'ont suivi dans cette voie et nous ont légué eux aussi deux autres appareils. Bien plus intéressantes sont à mon avis, les études de *Bowman* sur le degré de tension. Il en distingue 9 qu'il désigne par la lettre T précédé ou suivi du signe—ou du signe+

D'autres auteurs ont inventé des appareils semblables. Je ne vous citerai que le nom de *Maklokov*, de *Græse*, *Weber*, etc. Tous ces instruments, à mon avis, présentaient un défaut capital

c'est qu'ils exerçaient sur l'œil une pression d'avant en arrière. J'ai imaginé un dispositif spécial qui entre autres avantages permet d'éviter cette cause grave d'erreur.

L'œil n'est plus refoulé d'avant en arrière, mais saisi entre les deux branches de l'instrument, et c'est la force nécessaire pour obtenir un certain degré de dépression qui, par comparaison à l'œil sain, sert à mesurer la tension du globe.

Un autre symptôme important est le rétrécissement du champ visuel. A vrai dire, ce signe n'apparaît pas toujours dès la première attaque de glaucôme, d'une façon nette au moins. Il est plus sensible quand la période prodromique a été plus longue. Mais après plusieurs accès inflammatoires, le rétrécissement interne du champ visuel est un symptôme presque constant.

Un fait a dû vous frapper, Messieurs, dans cette rapide description, c'est que l'abcès inflammatoire est calqué au point de vue symptomatologique, sur celui de la période prodromique. Les symptômes sont identiques, mais plus développés, plus accentués dans l'attaque aiguë. Les crises passagères de la période des prodromes peuvent donc être considérées comme des attaques glaucomateuses avortées qui n'atteignent pas, pour des raisons diverses, leur complet développement.

L'accès inflammatoire dure habituellement quelques jours, et même quelques semaines, puis peu à peu, et surtout si un traitement approprié est intervenu, tout rentre dans l'ordre. Les douleurs disparaissent, le bulbe se décongestionne, la cornée s'éclaircit, la vision se rétablit, mais il est rare que l'aquité visuelle ne subisse une légère diminution. Il persiste, en plus, une diminution de la chambre antérieure, des modifications dans l'iris et la paresse des réflexes de celui-ci, enfin l'hypertonie existe toujours à quelques degrés. C'est à ce moment, après la période inflammatoire qu'armés de l'ophthalmoscope vous pourrez vous



rendre compte de l'état des membranes internes de l'œil. Dans la crise de glaucome, en effet, le trouble de la cornée et du vitré, la photophobie, sont tels que l'examen est impossible. On constate alors une hyperémie papillaire notable : la papille est rouge, congestionnée, les veines sont dilatées et flexueuses. J'attire votre attention, Messieurs, sur un signe qui, à mon avis, a une grande valeur sémiologique ; c'est la pulsation spontanée de l'artère centrale, signalée par de Græfe, et qui s'explique par l'hypertension intra-oculaire.

Enfin, si l'affection est assez avancée, si la période des prodromes a été longue, vous pourrez rencontrer *l'excavation glaucomateuse de la pupille*. C'est là un symptôme des plus importants, mais que vous voudrez apprécier avec réserve, parce que vous n'ignorez pas qu'en dehors du glaucome, il peut aussi se rencontrer.

Lorsque je vous indiquerai mes idées sur la pathogénie du glaucome, je vous dirai quel est l'état de la lame criblée dans la maladie confirmée. Je me contenterai pour aujourd'hui, Messieurs, de vous fournir les éléments d'un diagnostic précis.

L'excavation de la papille peut se rencontrer dans trois états : à l'état normal (excavation physiologique), à l'état pathologique (par atrophie ou par glaucome). L'excavation physiologique, quelque grande qu'elle soit, est toujours partielle, et n'occupe jamais toute la papille.

Les autres, au contraire, peuvent être totales mais tandis que l'excavation par atrophie est toujours peu profonde, puisque la lame criblée n'est pas enfoncée, (caractère commun avec l'excavation physiologique), l'excavation glaucomateuse peut être très grande suivant son âge. L'aspect de la pupille varie d'ailleurs dans les deux cas ; blanche dans l'atrophie, elle est encore un peu colorée dans le glaucome. Du fond de l'excavation glaucomateuse, vous voyez les vaisseaux sortir en faisant un

coude accentué. A des périodes plus avancées de la maladie, vous pourrez constater des troubles du côté de la choroïde. Je vous ai dit sommairement ce qu'on apercevait du côté de l'iris. Dans la choroïde, il y a atrophie par oblitération des vaisseaux sanguins, et cette atrophie se développe surtout autour de la pupille produisant un aspect ophtalmoscopique spécial, "le halo glaucomateux".

Cependant, grâce à un traitement approprié, tous les symptômes fonctionnels et objectifs ont disparu. L'œil a recouvré une certaine acuité visuelle, et le malade de nouveau vaque à ses affaires. Il peut rester longtemps ainsi, puis tout à coup il est repris d'une nouvelle crise. Même tableau que la première fois, les douleurs peut-être sont moins intenses ; mais le trouble visuel est plus considérable et l'acuité peut rester extrêmement diminuée. La durée de cette nouvelle crise est aussi plus longue. L'œil revient difficilement, et après une assez longue période, à son état primitif. Le mieux peut cependant se produire, mais une nouvelle crise survient souvent qui enlève tout espoir au malade. Si une intervention radicale ne s'est pas produite, on arrive ainsi à la période du glaucome absolu. L'œil est dur, la pupille, dilatée largement, est immobile, l'iris est réduit à un mince ruban et prend une teinte grisâtre ; il existe enfin autour de la cornée une couronne de vaisseaux très dilatés. C'est à ce stade véritablement que la maladie mérite son nom de glaucome. La vision, qui a diminué de plus en plus est presque nulle, et si l'on pratique l'examen ophtalmoscopique, on aperçoit une excavation glaucomateuse totale avec le coude si caractéristique des vaisseaux que je vous ai décrit. C'est la période de glaucome absolu le glaucoma consummatum de Græfe.

A partir de ce moment, l'œil subit une dégénérescence spéciale qui envahit les différents tissus. La cornée devient tout à

fait trouble. Le cristallin s'opacifie et forme la cataracte glaucomateuse.

A l'hypertonie succède enfin une hypotonie manifeste. L'œil devient en même temps plus petit, c'est la phtisie du globe. Mais ce qu'il y a à remarquer dans cette évolution, et j'appelle votre attention sur ce point, c'est que cet organe au point de vue fonctionnel, est le siège de continuelles douleurs et ne laisse pas le malade en repos.

Telle est, Messieurs, la symptomatologie et l'évolution de cette redoutable maladie dans sa forme inflammatoire aiguë. Je dois ajouter toutefois, et j'en ai vu de nombreux exemples dans le cours de ma pratique ophtalmologique, que certaines attaques de glaucome ont un caractère foudroyant et enlèvent la vision presque brusquement. Car ces cas graves ont été décrits par le Graefe sous le nom de glaucome foudroyant. Je terminerai, Messieurs, par quelques généralités sur les autres variétés de glaucome.

Vous rencontrerez souvent des malades qui, dans le récit de leurs affections oculaires vous feront presque le tableau du glaucome, moins les crises douloureuses. Ils accuseront tous les signes que nous avons passé en revue : mais la douleur sera nulle ou de peu d'importance. C'est le glaucome primitif chronique, qui ne se différencie du premier que par l'absence des prodromes et des accès aigus. Dans d'autres cas, le malade a eu une première crise inflammatoire aiguë, puis l'œil n'est jamais revenu complètement à lui-même, il reste dur, rouge et diminué dans la vision. Peu à peu, l'œil prend l'aspect glaucomateux, et c'est ainsi qu'insensiblement l'œil passe de l'état de santé à l'état de maladie. La cornée se trouble, le champ visuel se rétrécit, la chambre antérieure diminue peu à peu, la pupille se dilate et prend la teinte glauque caractéristique.

Tout cela a lieu insensiblement, progressivement, et la vision diminue de jour en jour.

L'examen du fond de l'œil, nous permettra de trouver du côté de la pupille la véritable cause du mal. Vous retrouverez à l'ophtalmoscope tous les symptômes que je vous ai décrits à propos de la maladie eiguë. Plus fréquemment peut-être, vous trouverez aussi des complications : hémorragies rétiniennes produites par des ruptures vasculaires, et asies scéroticales, etc.

*Cette forme de glaucome a une marche lente et la cécité complète n'arrive que dans une période assez éloignée du début de la maladie.*

Certains malades enfin se présenteront à vous avec un œil en bon état apparent. La cornée, l'iris, sont normaux, le malade se plaint seulement d'une diminution de la vision que n'explique pas l'état de sa réfraction et de son cristallin.

L'ophtalmoscope vous montrera une pupille excavée. La tension de l'œil n'est pas exagérée ; et cependant, vous constatarez un rétrécissement interne du champ visuel très net. Il s'agit bien encore ici de glaucome ; c'est cette variété qui a été décrite par de Græfe sous le nom "d'amaurose avec excavation du nerf optique et que nous désignons en France sous le nom de "glaucome simple". Ce qui caractérise cette variété de la maladie c'est l'absence de phénomènes inflammatoires et du symptôme capital : l'hypertonie.

Cependant, Messieurs, je dois vous prévenir que si l'on ne trouve pas d'hypertonie, c'est que très souvent on l'a cherché mal. Je vous conseille de renouveler l'examen de la tension du globe pendant plusieurs jours en variant l'heure de votre examen.

Vous connaissez déjà les autres signes de la maladie, sans parler de l'excavation de la pupille qui est un symptôme capital. Pendant très longtemps, le malade n'accuse qu'une diminution

de l'acuité visuelle, et l'examen vous montre qu'il existe en même temps du rétrécissement du champ visuel.

La maladie a une marche essentiellement chronique et met des années entières pour évoluer. Les deux yeux sont atteints d'ordinaire dans cette forme.

J'arrête ici, Messieurs, ma description. Vous pouvez à ma clinique, contrôler sur le malade les divers symptômes que j'ai énumérés. Je dois vous dire même qu'il est rare que vous trouviez réunis chez un même sujet, tout ce cortège de signes physiques et fonctionnels. Mais les symptômes cardinaux ne manqueront jamais plus ou moins développés.

Je me réserve, dans une deuxième et prochaine leçon, de développer devant vous mes idées sur la pathogénie du glaucome et de vous indiquer le traitement assez souvent efficace d'une des plus redoutables maladies que l'oculiste ait à combattre.

*Le Progrès Médical, de Paris.*



## SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE FRANCE

La Société obstétricale de France a tenu sa session annuelle les jeudi 7, vendredi 8 et samedi 9 avril 1904, dans le petit amphithéâtre de la Faculté de médecine. Le fauteuil de la présidence a été occupé par MM. les Drs Porak et Lefour, vice-Présidents pour cette année.

Les communications ont été faites dans l'ordre suivant :

*Jeudi matin*

MM. SALEMI et NAUTARD (Nice) : *Grossesse ; dystocie chez une femme ayant un rein mobile descendu dans l'excavation.*

s'agit d'une femme ayant un bassin rachitique et un placenta praevia ; de plus, le rein est descendu dans l'excavation : l'enfant, vivant, du poids de 3,200 gr., est extrait par version. Les auteurs ont trouvé dans la science plusieurs cas du même genre.

*Discussion* : M. MAIRE (de Vichy). Pour déceler le rein, M. Maire conseille de faire prendre à la malade 5 gr. d'iodure ; une heure après le rein devient perceptible à la radiographie.

M. DUFOUR (Bordeaux) se demande s'il n'était pas un peu hasardeux de faire passer, par la version, un enfant aussi gros dans un bassin de 7,5 ?

M. BUDIN (Paris) répond qu'il y a beaucoup d'autres cas semblables ; tout dépend de la forme du détroit inférieur et de la malléabilité de la tête fœtale.

M. LEQUEUX (Paris) : *Un cas de thrombose généralisée de la veine cave et des veines rénales chez une accouchée insectée.* (Rapport lu par le docteur BRINDEAU.) Il s'agit d'une syphilitique accouchée, dans le service du docteur Pozzi, d'un enfant macéré. Le soir du 4e jour, la température est à 40°, et les lochies sont fétides ; lors du curettage, une hémorragie formidable se produit, que l'on arrête par un tamponnement utérin. Les injections intra-utérines furent très chaudes ; il en résulta une escharre du col après quelques jours ; la femme mourut ayant eu des vomissements incessants et même des hémathémèses. A l'autopsie, on constata un thrombose gagnant la veine cave, la veine sus-hépatique et les veines rénales ; l'utérus est comme truffé par des caillots noirâtres ; les thromboses se retrouvent dans les veines utérines, rectales et vésicales. L'auteur se demande si le curettage, aidé du traumatisme de l'injection, n'est pas la cause occasionnelle de la propagation de l'infection au réseau veineux.

## SUR LE TRAITEMENT DE L'ÉPILEPSIE

Par M. le Dr. RENÉ VERHOOGEN,  
Agrégé à l'Université de Bruxelles.

---

La bromipine représente une combinaison grasse du brome elle renferme en poids 10 ou  $33\frac{1}{3}^{\circ}$  de ce métalloïde.

La bromipine à  $10^{\circ}$  constitue une substance identique, quant à ses propriétés organoleptiques, à l'huile de sésame, dont elle ne se distingue que par une coloration plus foncée ; celle à  $33\frac{1}{3}^{\circ}$ \* présente une coloration d'un brun sombre. L'une et autre ont le goût et la saveur de l'huile sésame, dont elles possèdent aussi les qualités au point de vue de la digestibilité. In-gérée par la bouche, la bromipine ne présente d'autres inconvénients que ceux qui résultent de sa consistance huileuse. Les malades s'y font d'ordinaire rapidement ; pour ceux qui la considéraient cependant comme inacceptable, il reste la ressource des autres modes d'administration : l'injection intrarectale ou hypodermique, voire la simple friction à la surface de la peau. Ces divers procédés aboutissent en tout cas à faire pénétrer dans l'organisme une proportion parfois considérable de brome. M. Kothe 1) a constaté que l'on retrouve déjà ce corps dans les urines émises huit heures après une injection intrarectale de 15 grammes de bromipine à  $10^{\circ}$ .

Quoi qu'il en soit, le meilleur mode d'administration est celui qui consiste à faire prendre le médicament par la bouche. Une cuillerée à soup de bromipine à  $10^{\circ}$  contient ainsi 1 gr. 5

(1. *Zur Behandlung der Epilepsie*. NEUROLOGISCHES CENTRALBLAT, 1900 Nr 6).

de brome combiné, ce qui correspond à 2gr. 35 de bromure de potassium.

Cette substance présente, d'après M. Winternitz, les avantages suivants. Elle travers l'estomac sans subir aucune modification ; arrivée dans l'intestin, elle s'y émulsionne avec la plus grande facilité et se trouve rapidement désorbée, sans être altéré en aucune manière. Elle se dépose ensuite dans les tissus, de même que les autres corps gras charriés par la circulation et subit alors, *in situ*, au contact des liquides alcalins de l'organisme, une décomposition progressive qui met constamment de nouvelles quantités de brome en liberté.

Au point de vue thérapeutique, ce sont là des propriétés précieuses. Il en résulte effectivement que la bromipine ne provoque aucun des symptômes d'intolérance gastrique qui déterminent l'apparition des accidents du bromisme. Bien plus, lorsque ceux-ci existent déjà, le fait de l'administration des bromures alcalins, on peut remplacer ces derniers par la bromipine et poursuivre le traitement sans interruption, tout en faisant disparaître les accidents primitifs.

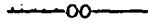
La bromipine ne donne lieu à aucun symptôme d'intolérance, même administrée à doses massives. J'ai actuellement en traitement un sujet qui, depuis six semaines, prend quotidiennement huit cuillerées de bromipine à 10 0/0, soit 12 grammes de brome, correspondant environ à 19 grammes de bromure de potassium ; ce malade n'a jamais éprouvé, de ce fait, le moindre inconvénient. De plus, la constipation dont il se plaignait auparavant, a disparu la substitution de la bromipine aux bromures.

Six autres de mes malades prennent en ce moment de la bromipine à hautes doses, sans avoir présenté aucun des accidents du bromisme ; j'ai constaté également que l'iodipine est douée de propriétés analogues.



Un autre avantage de la bromipine est que son emploi met à l'abri des inconvénients qui résultent de l'irrégularité avec laquelle certains malades prennent le médicament prescrit ; une interruption de deux ou trois jours même ne donne lieu à aucun accident, ce qui n'est pas toujours le cas avec les bromures.

Quant aux résultats du traitement par la bromipine, il sont exactement conformes à ceux que donne l'emploi des bromures. Je ne possède pas encore une expérience assez prolongée du nouveau médicament pour pouvoir fournir des à présent les observations d'épileptiques guéris à la suite de son emploi exclusif. Je n'ai cependant pas voulu laisser d'appeler l'attention sur les réels avantages que l'on peut retirer de l'emploi de la bromipine dans les multiples cas où il convient d'administrer la brome à doses massives ou prolongées.



## PAUVRETÉ DU SANG

Le "Virginia medical semi-monthly" ainsi que le "Medical Summary", faisaient paraître tous deux dernièrement des articles très élogieux à propos du *Peptomangan* (Gude). Dans la pauvreté du sang (anémie) c'est le tonique par excellence ; rien ne saurait surpasser alors son efficacité. Comme tonique nerveux, il est aussi sans rival et l'une des plus précieuses ressources que le médecin actuel puisse avoir à sa disposition. C'est une *ressource imprenable*.