

**PAGES**

**MANQUANTES**

# Le Bulletin Médical de Québec

Abonnement : \$2.00 par année



AVRIL 1909

## SOMMAIRE

### *Travaux originaux*

- 337— Rapport sur la tuberculose rénale. P.-C. Dagneau.  
345— Quelques charlatans du régime français dans la province de Québec. M.-J. Ahern.  
358— Quelques considérations sur la nature de l'hystérie : leur application au traitement d'un cas, par Tom. A. Williams.  
361— Traitement local du rhumatisme chronique, par le Dr Dardel.  
367— Études de gastro-entérologie. Dr P. Debrive.  
375— Iodurase de Couturieux.  
379— Bibliographie.



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

# LEVURINE

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

INAPPÉTENCE  
DYSPEPSIE—ENTERITES  
NEURASTHÉNIE  
CONSTIPATION

# Oenase

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

## DIRECTION SCIENTIFIQUE

- A. SIMARD, Professeur d'Anatomie pratique, de Médecine opératoire et de clinique chirurgicale à l'Université Laval, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, Membre du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.
- A. ROUSSEAU, Professeur de Pathologie générale et de Clinique médicale à l'Université Laval, Médecin de l'Hôtel-Dieu.
- A. PAQUET, Professeur d'anatomie pratique, Assistant à la clinique chirurgicale, Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

## COLLABORATION SCIENTIFIQUE

- M. AHERN, Professeur d'Anatomie et de Clinique chirurgicale. Chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Membre du collège des médecins.
- D. BROCHU, Professeur de Pathologie interne et de Clinique médicale à l'Université Laval, Médecin de l'Hôtel-Dieu, Surintendant de l'Asile des Aliénés de Beauport, vice-président du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.
- S. GRONDIN, Professeur d'obstétrique et de gynécologie, gynécologue à l'Hôtel-Dieu.
- R. FORTIER, Professeur d'hygiène, de médecine infantile, et de clinique de maladie des enfants.
- N. A. DUSSAULT, Professeur des cliniques ophtalmologiques et rhino laryngologiques à l'Hôtel-Dieu.
- EUG. MATHIEU, Professeur de Physiologie, et de Clinique interne à l'Hôtel-Dieu.
- P.-C. DAGNEAU, Professeur d'anatomie descriptive, Assistant à la clinique chirurgicale, chirurgien de l'Hôtel-Dieu.
- R. MAYRAND, Professeur agrégé à l'Université Laval, chargé du cours de Dermatologie et de Bactériologie.
- C.-R. PAQUIN, Membre du Bureau des Médecins.
- D. PAGÉ, Surintendant du service médical des émigrants à Québec.
- ALEX. EDGE.
- ACHILLE PAQUET.
- A. VALLÉE, Professeur agrégé, Anatomopathologiste à l'Hôtel-Dieu.
- P.-A. GASTONGUAY,
- O. LECLERC.
- G. PINAULT.
- JOS. VAILLANCOURT.
- P.-A. SAVARD.

DIRECTION DE LA SOCIÉTÉ DE PUBLICATION DU  
BULLETIN MEDICAL DE QUEBEC

- M. AHERN, Président ; D. BROCHU, C.-R. PAQUIN,  
D. PAGÉ, A. SIMARD, A. ROUSSEAU,  
N.-A. DUSSAULT, P.-C. DAGNEAU, administrateur.  
R. FORTIER, secrétaire.

# TRAVAUX ORIGINAUX

## RAPPORT SUR LA TUBERCULOSE RENALE.

### DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT.

QUATRIÈME CONGRÈS DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DE  
L'AMÉRIQUE DU NORD, 20, 21, 22 JUILLET 1908.

M. le Président, Messieurs,

Il n'y a qu'un seul traitement curatif et radical de la tuberculose rénale ; et ce traitement, pour donner ses meilleurs résultats, doit être appliqué le plus tôt possible. Il importe donc, au premier chef, pour le praticien ordinaire de pouvoir reconnaître dans une séméiologie quelquefois obscure, toujours assez complexe, *les signes de cette affection*, et comme conséquence, de diriger le traitement de ses malades dans une bonne voie.

Au lieu de montrer les différentes formes de tuberculose rénales avec leurs symptômes, il sera préférable, je crois, de prendre les signes un par un en insistant sur leur valeur relative et sur leur fréquence.

Et le premier symptôme, non pas dans l'ordre de l'apparition, mais dans l'esprit du malade, c'est bien la douleur ; vague, diffuse, sensation de pesanteur plutôt qu'autre chose ; elle siège

---

Syphillis  
Artério-sclérose, etc.  
(Ioduro Enzymes)  
Iodure sans Iodisme

**Iodurase**

de COUTURIEUX,  
57, Ave. d'Antin, Paris,  
en capsules dosées à 50 ctg. d'Io-  
dure et 10 ctg. de Levurine.

---

quelquefois à la région lombaire, où elle court grand risque d'être affublée du titre de tour de Rein, et de se voir enterrée sous un sale et vulgaire emplâtre; plus souvent elle est localisée dans le périnée, à la région hypogastrique, ou dans la verge où elle peut être confondue avec les douleurs provenant de cystite, d'urétrite, ou de calcul vésical.

Mais cette douleur ne peut guère servir au diagnostic, elle n'est pas constante, et sa localisation même n'indique pas nécessairement le côté malade.

La polyurie est fréquente, elle varie de 1500 à 3000 grammes; l'urine au début est claire, limpide, légèrement albumineuse, et contient assez souvent des hématies. La polyurie est commune à plusieurs affections à la pathogénie desquelles le rein n'a rien à voir, mais la présence de globules rouges dans l'urine semble être l'apanage de la tuberculose rénale, et en constitue un des signes les plus avancés. L'augmentation de quantité passe très souvent inaperçue des malades et ne se découvre qu'au moment où l'on fait recueillir les urines en 24 heures.

La polyurie est un des grands symptômes de la tuberculose rénale. Elle s'installe lentement, sournoisement, sans que le malade puisse s'en apercevoir; et ce n'est que par le chemin parcouru qu'il peut juger de sa vitesse, n'ayant pas conscience du mouvement. Il y a six mois, il urinait 4 fois par jour et pas du tout la nuit. Aujourd'hui, il urine six fois le jour, 1 fois la nuit; dans un an il urinerà toutes les heures et le temps viendra où il n'aura plus guère autre chose à faire que pisser. La polyurie est continuelle, jour et nuit, sans les rémissions nocturnes du calcul vésical. Associée à la polyurie chez des jeunes gens affaiblis et amaigris, elle fera bien souvent soupçonner l'infection bacillaire du rein. On trouve quelquefois dans les urines claires des bacilles tuberculeux sans pour cela que le malade ait des reins tubercu-

leux. Ces bacilles ont été soit entraînés mécaniquement soit éliminés par le rein au même titre que les principes extractifs de l'urine.

La pyurie est le grand symptôme. Elle peut éclater subitement et revenir par accès dans cette forme que l'on a appelée vomique rénale, ou elle peut apparaître graduellement ; alors le pus, plus ou moins abondant, nage dans une urine légèrement acide, il se dépose mal et laisse l'urine sale, grisâtre, comme de l'eau de lavage, c'est l'urine lavée de Guyou. L'acidité de l'urine permet d'éliminer les infections vésicales, et l'urine lavée, les suppurations uréthrales ou périuréthrales. Le pus tuberculeux épais peut donner lieu à de véritables coliques néphritiques dont il faut ultérieurement reconnaître l'origine.

Le sang d'ailleurs, comme le pus, peut donner lieu à des coliques dont on reconnaîtra l'origine par la présence dans l'urine de caillots sanguins allongés présentant un véritable moulage de l'uretère.

Pour caractériser ce pus, il faut y trouver le bacille tout d'abord.

L'hématurie est de deux sortes, au début de l'affection, dans les formes congestives on peut avoir, signe du début, des petites hémorrhagies souvent répétées qui viennent par crises et occasionnent un léger pissement de sang pendant quelques jours, et se répètent après plusieurs jours d'intervalle durant lesquels l'urine est absolument claire. A une période plus avancée, l'hémorrhagie change d'aspect, elle est alors due à l'ulcération d'un vaisseau par le processus tuberculeux, et elle se présente sous forme d'hémorrhagie plus abondante, remplissant quelquefois la vessie et donnant lieu à des mictions de sang pur et c'est dans cette forme que l'accident de coliques, à la suite d'élimination de caillots, arrive le plus fréquemment. Cette

hémorrhagie est venue pendant que l'urine était pleine de pus, quand elle cesse, le pus continue comme si rien n'en était, comme un tuberculeux des poumons continue de cracher après une hémorrhagie.

*La dysurie* ou douleur à la miction est un symptôme des stages avancés de la maladie, elle n'arrive guère qu'au moment où la vessie est prise, elle est alors continuelle, ou presque, ne laissant de répit qu'au moment où la vessie recommence à se remplir.

Les deux derniers symptômes peuvent manquer complètement ou s'arrêter brusquement après avoir duré un certain temps dans cette forme que l'on a appelée la tuberculose fermée ou l'abcès froid du rein.

Le rein étant alors remplacé par une large poche contenant du pus, et l'urèthre obstrué fermant les voies de communication entre le rein et la vessie. Et alors il n'y a que la présence d'une tumeur comme signe de cette tuberculose fermée.

A côté de ces symptômes urinaires les symptômes généraux sont les mêmes que tout autre consommation : pâleur, faiblesse, perte d'appétit, amaigrissement, fièvre ; cette dernière ne s'établit qu'après un certain temps et semble être en rapport avec la formation du pus.

La lenteur de l'évolution enfin est un signe précieux. Il suffit souvent d'éliminer l'infection gonococcique par l'histoire et le microscope pour arriver au diagnostic.

Mais il ne suffit pas d'établir l'existence de la tuberculose rénale, encore faut-il, pour pouvoir y appliquer le vrai remède, trouver qu'un des deux reins est malade et que l'autre est sain.

Cette détermination, simple quand le rein est assez gros pour former une tumeur, devient des plus difficiles si l'on ne peut palper le rein. Aussi s'est-on ingénié à découvrir des moyens

spéciaux, et il y a déjà longtemps que l'on recommandait de masser alternativement les deux urèthres pendant qu'une sonde laissait écouler rapidement au dehors les produits d'éjaculation alternative des urétères. Mais cette méthode ne mérite pas grande confiance. Les vrais moyens sont ceux d'examen direct. La cystoscopie, la division et le cathétrisme de l'urètre, voilà les trois méthodes de choix, qui dans une main habituée, doivent livrer les derniers secrets de la location rénale.

Le cystoscope sous toutes ses formes, et sous tous ses noms, permettra d'apprécier l'état de la muqueuse vésicale, les ulcérations, qu'on peut y rencontrer et les déformations des régions urétérales. L'observateur pourra souvent surprendre l'écoulement du pus par un urètre et l'écoulement d'urine claire par l'autre, et le diagnostic sera fait.

Le diviseur vésical de Luiz ou de Cathelin, séparant par une membrane la cavité vésicale et laissant s'écouler dans deux vessies séparées les urines de chaque rein, permettra évidemment de montrer de quel côté vient ou le pus ou le sang.

Il y a certaines causes d'erreurs avec le diviseur, et de plus en plus, cet instrument autour duquel on avait fait grand bruit, semble perdre de la faveur.

Mais le cathétrisme des urétères, quoique plus difficile à pratiquer, donne des résultats tellement précis qu'il doit prendre le pas sur les autres méthodes. Malheureusement le maniement en est délicat et il n'y a que des mains très exercées qui puissent parvenir à le réussir habituellement.

L'épreuve du bleu de méthylène avait promis beaucoup, tout ce que l'on peut en attendre c'est qu'un individu qui élimine son bleu de méthylène dans le temps ordinaire doit avoir au moins un rein sain.

La présence d'un rein que l'on peut palper semblerait

d'abord un signe spécifique de localisation, le rein sain en place étant généralement impossible à sentir entre ses doigts, cependant certains cas d'hypertrophie compensatrice peuvent amener à des désastres si le chirurgien se laissait guider par ce seul signe. Évidemment il n'est pas question ici de ces gros reins qui forment une véritable tumeur et où le doute n'est pas possible. Alors la lésion saute aux yeux et il ne reste qu'à distinguer entre la tuberculose et le cancer, ce qui est quelquefois impossible dans le cas où il n'y a pas de symptômes urinaires.

Le pronostic de la tuberculose rénale non traitée est sombre, tous les organes génitaux-urinaires vont se prendre et le malade ira mourir en consommation après avoir enduré toutes les douleurs que peuvent lui causer son rein et sa vessie.

#### TRAITEMENT

Il n'y a qu'un seul traitement de la tuberculose rénale, traitement effectif et curateur, c'est l'ablation de l'organe malade, et à cette idée, aujourd'hui acceptée dans tout le monde, s'attache le nom de M. Albarran, le brillant successeur du Prof. Guyon.

On a cherché à établir la guérison spontanée de la lésion tuberculeuse du rein comme on a établi la guérison spontanée de la tuberculose pulmonaire par un processus de sclérose enveloppant les tubercules et les étouffant, mais plusieurs pièces anatomo-pathologiques, entr'autres une de M. Lecène, ont montré des tubercules en pleine évolution dans un rein en train de se scléroser.

Les divers traitements d'ordre général, les sérums, les tuberculines ont généralement échoué contre cette forme récalcitrante de la « plaie blanche » ; d'ailleurs, s'il faut faire des réserves pour l'avenir, qui nous donnera peut-être un vrai sérum curateur de toute tuberculose, il convient d'ajouter que les succès plutôt

restreints et des sérums et des tuberculines dans tout le champ de la tuberculose ne sont guère de nature à nous en indiquer l'emploi dans la tuberculose rénale.

Sans doute, sous l'influence du repos et d'une hygiène soignée, aidés d'un régime généreux, on peut assister à un arrêt d'évolution de la maladie, mais le premier cas de guérison est encore à citer.

Aussi bien faut-il faire son deuil de cette guérison spontanée et trouver dans l'ablation du rein malade, le vrai moyen de guérison.

Mais avant d'enlever un rein reconnu malade, il faut s'assurer de l'intégrité de l'autre rein et des autres organes, car le pronostic opératoire et définitif varie dans de grandes proportions. Ainsi il faudra s'abstenir d'opérer un malade dont le second rein est touché ou dont d'autres organes importants sont touchés ; il n'y a d'exception que pour la vessie, on voit couramment des vessies profondément atteintes se guérir à la suite d'une néphrectomie.

L'ablation d'un rein tuberculeux chez un individu d'autre part sain, si elle n'est pas environnée de difficultés considérables, ne peut être considérée comme une intervention grave, et l'on peut espérer une guérison opératoire de 95 à 98%. Sans doute le pronostic éloigné n'est pas aussi favorable, car un individu déjà tuberculeux peut bien localiser dans un autre organe une infection à laquelle il est plutôt facilement accessible, mais les survies de 5, 15, 20 ans ne sont pas rares.

La mortalité de la même opération chez un individu dont le second rein est même légèrement atteint s'élèvera facilement à 20, 25 et 30% avec en plus la perspective du développement ultérieur à la lésion, incontrôlable et fatale.

Par contre, l'ablation d'un rein tuberculeux chez un malade

porteur de quelques petites lésions tuberculeuses, soit pulmonaires, soit ganglionnaires, sera souvent suivie d'une amélioration sensible de l'état général qui permettra à l'organisme de poursuivre victorieusement sa lutte pour la vie et de se débarrasser de l'envahissement bacillaire.

Il restera donc comme contre-indication à tout traitement opératoire complet l'envahissement des deux reins ou la prise du poumon ou d'un autre organe important.

Dans certains de ces cas, pour vider des collections purulentes ou pour soulager des douleurs par trop fatigantes on pourra faire la néphrotomie. Mais cette intervention est souvent suivie de fistules purulentes et urinaires qui diminuent beaucoup les bienfaits de l'intervention.

La néphrectomie est une intervention bien réglée ; elle est très simple quand le rein n'est pas fixé dans sa loge par des adhérences considérables, et peut devenir des plus laborieuses par suite de perinéphrite adhésive ou suppurée.

L'incision curvo-rectiligne de Guyon ouvrira une large voie à la main du chirurgien, passant entre les muscles du dos et le bord postérieurs des muscles larges de l'abdomen, il ira dans la loge rénale, séparer le rein de son atmosphère graisseux, luxer le pôle inférieur puis le pôle supérieur et enfin sortir le rein complètement à sa suite. La ligature du pédicule se fera soigneusement en prenant chaque vaisseau séparément.

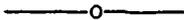
L'urètre sera ligaturé et coupé au thermo-cautère et la cavité drainée pendant les premières 48 heures sera fermée par deux ou trois plans de suture suivant le goût de l'opérateur.

Les suites en sont ordinairement simples. Les urines un peu diminuées dans les 24 ou 48 heures (700 à 900 gr.) reprennent bientôt le volume normal qu'elles conservent dans la suite.

La néphrotomie comme la néphrectomie consiste d'abord à exposer le rein, mais au lieu de le séparer complètement de ses enveloppes, il suffit de l'inciser du haut en bas sur sa ligne médiane à sa face dorsale. Des gros drains en tube de caoutchouc assureront l'écoulement des produits de suppuration. Cette néphrotomie n'empêche pas généralement le rein de fonctionner et d'éliminer les urines.

Et comme conclusion générale de cette revue, il serait à désirer que chez les malades qui présentent des symptômes urinaires quelconques on recherche méthodiquement la tuberculose rénale pour pouvoir faire profiter des malades d'une néphrectomie faite en temps opportun, c'est-à-dire le plus tôt possible.

P.-C. DAGNEAU.



## QUELQUES CHARLATANS DU RÉGIME FRANÇAIS DANS LA PROVINCE DE QUÉBEC



« En médecine, le charlatanisme peut être défini, la fraude et le mensonge érigés en système pour exploiter la crédulité publique en ce qui concerne le sentiment de la conservation individuelle. (1)

Le charlatan est donc celui qui exerce la médecine sans en avoir les connaissances voulues ou qui les ayant et étant en règle avec la loi se sert de moyens mensongers ou vantards pour s'attirer la clientèle.

(1) Littré & Robin :— Dict. de Méd.

Le charlatanisme doit être combattu, non pour le dommage matériel qu'il peut causer au praticien honnête, mais, pour une raison d'ordre public ; parce que c'est une cause puissante de la détérioration de la santé publique.

Il y aura toujours des charlatans, mais ils seront d'autant moins nombreux que les médecins réguliers seront plus instruits et plus honorables. Remarquez bien que je ne dis pas que tous les diplômés sont des empiriques.

Je suis venu ce soir vous parler de certains charlatans qui ont fait parler d'eux pendant le régime français dans la Province de Québec.

Le premier en date est le nommé DUBOK. Voici ce qu'en dit le Journal des Jésuites :— « Un nommé Dubok, soldat empy-  
« rique, fut invité d'aller voir les malades à Sillery, pour 3 ou  
« 4 jours. Il fut logé chez nous sans en rien communiquer au  
« supérieur (hoc male), et y demeura depuis le 20 ou environ de  
« novembre 1645 jusques au 22 de janvier 1646 (1). — La chose  
« ne réussit pas ; invisus barbaris et gallis. — Il parlait égale-  
« ment détesté des sauvages et des français.» L'Hôtel-Dieu n'était plus alors à Sillery ; les hospitalières avaient déménagé le 29 mai 1644 (2).

« Le 19 sept. 1662 un Laurent Dubocq épousa Marie Félix Ouentououen, huronne, dont une fille, Marie Anne, devint religieuse ursuline (3). On ne sait si c'est le même.

L'abbé Scott, avec peu de respect pour la profession, dit que Dubok était le premier médecin de Ste-Foye (4).

DIZY MARGUERITE, dit Montplaisir. Marguerite Dizy est

(1) Jour. des Jésuites.—Nov. 27, 1645 : p. 14.

(2) Casgrain.—Hist. de l'Hôtel-Dieu du Précieux Sang, Québec.

(3) Jour. des Jésuites.—Sept. 19, 1662 ; p. 312.

(4) Scott.—Notre-Dame de Ste-Foye ; vol. I, p. 191.

née le 11 février (1) 1663 aux Trois-Rivières où résidaient ses parents, Pierre Dizy et Marie Drouillard. Plus tard elle a demeuré à Champlain.

En 1678 elle s'est mariée avec Jean de Brioux de Batiscan âgé de 29 ans (2). Elle eut un enfant, François, en 1678. De Brioux ou de Broyeux, est mort avant 1707, mais on ne sait où, ni quand. Dans le dossier d'un procès entre la veuve Labissonnière et monsieur de Langis, on trouve le certificat suivant : « je  
 « sousiné marguerite dizy chirurgienne de Batiscan certifie a  
 « qu'il appartient que magdelaine louval veuve de Labissio-  
 « nière m'est venue trouvé le quatre d'octobre mil sept cent vint  
 « sur les neuf à dix heures du soir pleurant et gémissant pour  
 « me montré des meurtrissures qu'elle me dit que monsieur et  
 « madame Langis venoist de luy faire à coup de baston et d'un  
 « nair de bœuf luy ostan ses vaches qu'elle avait prise en pen-  
 « sion je certifie qu'elle était meurtrie et plaine Je contusions  
 « En foy de quoy jay fait et siné le présan certificat je suis prette  
 « d'affirmer sou serman a Batiscan ce onzième avril mil sept cent  
 « frante. »

#### MARGUERITE DIZY VEUVE DE BRIEUX. (3)

Marguerite avait une certaine instruction, son certificat en témoigne, mais on ne sait pourquoi elle s'appelle chirurgienne. Ni son père ni son mari étaient connus comme chirurgiens. On apprend qu'en 1688, de Brioux est parti de Batiscan pour aller faire la traite dans l'ouest, où il est resté pendant plusieurs années ; mais Marguerite ne s'ennuyait pas. Elle fit la connaissance d'un nommé François Desjardy, capitaine réformé d'un détachement de la marine qui résidait à Champlain. Ils

(1) Tanguay : Dict. Général, vol. I, p. 196.

(2) Tanguay : Dict. Général, vol. I, p. 93.

(3) Documents du Régime Français—aux archives de la rue Cook, Québec.

vécurent ensemble pendant plusieurs années au grand scandale des gens de bien de la région. On avait essayé tout espèce de moyens pour faire cesser cet état de choses. Finalement, en 1693, le gouverneur de Vaudreuil, cédant aux instances réitérées de Mgr de St. Valier, envoya Desjordy à Sorel. En janvier 1694, l'évêque, se rendant à Montréal, apprit que le capitaine revenait à Batiscan et que le scandale allant recommencer. Il résolut de frapper un grand coup. Le dimanche, 9 février 1694, après les prières du prône dans les églises de Batiscan et de Champlain, les curés de ces paroisses lurent un mandement qui prononçait une sentence d'excommunication majeure contre les deux amoureux. Par cette sentence l'entrée de l'église leur était interdite et ils étaient signalés comme devant être évités par les paroissiens. Aussi la veuve de Brioux se plaint-elle au Conseil Souverain qu'elle est dans l'impossibilité de trouver quelqu'un qui consente à lui servir de procureur (1). Une semaine après la publication de ce mandement, le capt. Desjordy se rendant de Sorel à Québec, s'arrêta à Batiscan et se rendit à l'église pour assister à un service ; aussitôt qu'il fut entré le curé qui célébrait interrompit le Saint-Sacrifice quitta l'autel et se retira dans la sacristie (2). Desjordy et Marguerite s'adressèrent au Conseil Souverain pour obtenir de l'évêque réparation d'honneur ; mais ils n'ont jamais rien obtenu (3).

M. de Denouville écrivant au ministre dit : « Nous avons « dans le pays, un certain nombre de garnements, surtout de « mauvaises femmes, qui vivent comme des malheureuses. En « vérité, Monseigneur, c'est la perte de toute la jeunesse du « pays (4). »

(1) Juge. et Délibérations, vol III, p. 854.

(2) Lettre de Champigny au ministre : Gosselin : Henri de Bernières, p. 141.

(3) Gosselin : Mgr de St Valier et son temps.

(4) Gosselin : Mgr. de St Valier et son temps.

Les archives en font connaître plusieurs, — la Dizy-Brioux, la dame de Freneuse, la Réaume (Thérèse Catin) et la Beloyet.

Marguerite Dizy a été enterrée à Batiscan, le 22 octobre 1730 (1).

### PHLEM YVES

Dans la première moitié du XVIIIe siècle, demeurait à Sainte-Anne de la Pérade un charlatan du nom de Yves Phlem qui se disait chirurgien et qui avait acquis une réputation qui s'étendait à toute la colonie.

PHLEM YVES, dit Yvon. — Fils de Guillaume Phlem et de Marguerite Pervine, de St-Jean-de-Morlaix, diocèse de Tréguier, Basse-Bretagne. (2)

Se marie le 8 avril 1724, à Sainte-Famille, I. C., avec Marie Levreau, âgée de 29 ans, fille de Sixte Levreau ou Lereau et de Reine Deblois, de Ste-Famille, I. O. (3) Huit enfants naquirent de ce mariage. L'aîné fut baptisé à St-Nicolas les autres à Ste-Anne-de-la-Pérade.

Phlem est mort et a été enterré à ce dernier endroit le 27 sept. 1749. Voici ce qu'il dit de lui-même.

Il est né dans la ville de Morlaix, Basse Bretagne. Adolescent, on lui a appris à saigner, à panser des blessures et plusieurs remèdes pour guérir différentes maladies. Il fit d'abord des progrès dans l'art qu'on voulait luy enseigner. L'expérience le perfectionna et luy acquit une bonne réputation. L'inclination de naviguer qui est naturelle aux bretons le détermina à s'engager à St-Malo pour venir au Canada sur un vaisseau adressé au Sieur Prat dit Duprat, (c'était probablement Louis Duprat

(1) Tanguay : Dict. Général. vol. I, p. 186.

(2) Tanguay : Dict. Général, vol. VI, p. 342.

(3) Tanguay : Dict. Général, vol. V, p. 355.

qui était capitaine du port de Québec) (1). En arrivant ici il essaya une grande maladie qui le laissa dans un triste état.

Il est impossible de dire combien il luy fut difficile de pouvoir subsister dans les commencements. La science qu'il avait acquise et qui était la seule que la Providence luy avait accordée luy était inutile parce qu'il n'entendait que le breton. Cependant comme le bon Dieu procure toujours les moyens nécessaires à ceux qui vivent selon ses préceptes, son ignorance de la langue française ne fut pas un obstacle pour empêcher beaucoup de personnes de s'adresser à luy dans différentes maladies, ce qui le fit connaître et luy procura une réputation surtout pour les chancres où il a fait des cures considérables connues dans toute l'étendue de la colonie. En 1725, il s'était fixé à Ste-Anne-de-la-Pérade, où il était aimé et respecté par tous ses coparoiisiens et généralement par tous ceux qui le connaissaient. Comme chirurgien sa réputation était très étendue dans le pays. Il en fut ainsi jusqu'en 1735 quand il rencontra « Jean Bilaudeau, un cultivateur qui demeurait dans la paroisse et la Côte St-François, ville d'Orléans.

Jean Bilodeau était cultivateur, père de huit enfants et avait pour femme Marie Turgeon de St-Etienne de Beaunout (2). Le dit Bilodeau « avait un lèpre de chancre très avancé qui luy avait déjà mangé la lèvre basse bien avant du côté gauche. »

Il y avait à St-Jean, I. O., dans le même temps un chirurgien habile, Jean Mauvide qui soigna Bilodeau pendant plusieurs mois « et qui voyant que le mal estoit oppiniâtre et que la mauvaise disposition du sujet empêchait l'efficacité des remèdes, « informa Bilodeau de sa mauvaise situation. » Celui-ci prit le parti de venir à Québec consulter le Sieur Berthier, chirurgien

(1) Tanguay : Dict. Général, vol. III, p. 550.

(2) Tanguay : Dict. Général., vol. II, p. 282.

de l'Hôtel-Dieu et le frère Jésuite Boispineau, Jean, Jard, qui l'un et l'autre lui dirent « *qu'il n'avait point de ressource dans sa maladie, laquelle ne finira qu'avec sa vie.* »

Bilodeau se voyant ainsi condamné chercha ailleurs et s'adressa à Phlem dont il avait entendu parler. Celui-ci l'encouragea et lui promit de le guérir. Phlem avait l'habitude de prendre en pension chez lui les malades qui demeuraient au loin et qui avaient besoin de soins constants. Bilodeau se rendit donc à Ste-Anne de la Pérade où il arriva le 16 sept. 1735. Le même jour, accompagné de Phlem, il se rend chez le curé de la dite paroisse de Ste-Anne et lui demande de mettre par écrit une convention qu'il veut faire avec Phlem. Alors le curé en présence des deux partis, de monsieur de la Pérade, seigneur du dit Ste-Anne et du Sieur Joseph Gouin, capitaine de milice de la dite côte, comme témoins, met par écrit les engagements de chacun comme suit : « *Le Chirurgien s'oblige de soigner le dit Bilodeau de son mieux jusqu'à la quantité de temps de 6 mois consécutifs à commencer le 16 sept. 1735, à moins que le dit malade ne soit guéri plus tôt. Le chirurgien, de plus, s'oblige à fournir pendant les six mois toute la nourriture nécessaire, aussi la boisson qu'il luy faudra tant pour la playe que pour celle qu'il luy faudra boire et de plus de blanchir le dit malade, de luy fournir tous autres soins convenables et nécessaires à sa maladie et en outre s'oblige le dit chirurgien envers le dit Bilodeau de tous dépens, dommages et intérêts—d'être assidu à le panser deux fois par jour. Le dit Bilodeau s'oblige luy et tous ses biens meubles et immeubles à lui appartenant, de payer au dit Phlem pour ses peines, soins et fournitures cy dessus dans tout l'espace de six mois, la somme de cinq cents livres : Savoir deux cents livres en marchandises sèches, au prix du magasin, le premier oct. 1735; cent cinquante livres*

« le 1er oct. 1736 ; la balance, cent cinquante livres en monnoie  
 « le premier oct. 1737. Fait au dit Ste-Anne, au défaut de  
 « notaire en cette cotte, les jour et au que dessus en présence  
 « des dit sieurs susnommés et sousignés, *le dit Phlem, chirurgien et Jean Bilodeau ont déclaré ne seavoir signer* requis.  
 « A. Longval de la Peyrade, Joseph Gouin et J. Voyer prêtre  
 « avec paraphe.»

Le 25 mars 1736 cette convention a été ratifiée et entrée dans les minutes du notaire Pollet.

Après huit mois de séjour chez Phlem, Bilodeau partit le 10 mai 1736 pour un monde meilleur. La veuve refusa de payer d'où procès devant la provosté de Québec, entre Phlem et Marie Turgeon veuve Jean Bilodeau.

Dans sa décision le Procureur du Roi déclare la convention entre Phlem et Bilodeau nulle, attendu que le demandeur n'a aucune qualité de chirurgien et qu'il ne peut être reconnu pour tel *mais* ayant égard au temps de huit mois qu'il a gardé chez luy le dit feu Bilodeau et qu'il l'a alimenté nous luy accordons pour les dits aliments la somme de 120 livres à raison de 15 livres par mois, sur laquelle lui sera précompté celle de 100 livres par luy cy-devant reçue. *Faisons défense au dit demandeur* de prendre à l'avenir la qualité de chirurgien et d'en faire les fonctions qu'il n'ait été approuvé par les médecins et chirurgien du Roy dans ce pays et cela à peine d'amende arbitraire.» Fait et donné par nous Pierre André, ecuyer, Sieur de Leigne Cons. du Roy et son lieut. gén. civil et criminel au siège de la Prévosté de Québec ; le vendredi, 15 mars 1739.

Signé BOISSEAU. (1)

Phlem en appelle de ce jugement.

(1) Documents du Régime Français aux Archives Judiciaires de la rue Cook, Québec.

Dans son plaidoyer il dit : Depuis douze ans qu'il est établi à Sainte-Anne où il fait au contentement général la fonction de chirurgien, y saigne, pence et donne des soins à tous ceux qui s'adressent à luy comme il est obligé. Dès qu'on a un talent on doit le faire valoir sans quoy on pourrait m'appliquer la parabole du Sauveur du monde et qu'il dit contre celui qui avait caché ce qu'on luy avoit donné et qui se contenta de le représenter lorsque le maître luy en demanda compte. Il en fut puni, est-il dit dans l'Évangile, par sa privation. C'est dans ces sentiments, dont l'appelant est pénétré qu'il auroit cru manquer à son devoir s'il ne s'étoit rendu utile à ses concitoyens dont il a mérité l'approbation et la protection de Messieurs les Intendants qui ont la Police de cette colonie et qui depuis nombre d'années qu'ils ont connaissance que l'appelant y exerce publiquement les fonctions de chirurgien, ne luy ont pas défendu cependant.

Il n'y avait pas, dit-il, de raison pour empêcher l'appelant de faire les fonctions de chirurgien dans une campagne éloignée de près de 20 lieues de cette ville, hors l'étendue de la Prévosté.

De plus Phlem présenta au Conseil le procès Verbal fait par Jean Pollet, le notaire de l'endroit, d'une assemblée tenue le 22 mars 1737, à Ste-Anne de la Pérade, à laquelle assistaient le curé, le seigneur et tous les habitants de la paroisse pour déclarer leur confiance dans le Dr Phlem et témoigner de sa bonne réputation comme chirurgien. Le Dr fournit aussi un grand nombre de certificats assermentés de personnes qu'il avait guéries de cancers. Entre autres, il y avait celui d'un nommé Grenier, dont le noviciat chez les Jésuites étoit terminé depuis quatre mois et que ces pères n'ont pas voulu garder parce qu'il avait sur la joue un cancer que Sarrazin et Boispineau avaient déclaré incurable. S'il faisait ouvrir cette tumeur, disoit Bois-

pineau l'ancien, il mourrait vite tandis qu'en la laissant faire il vivrait plus longtemps. Grenier part pour Montréal, mais ayant entendu parler de Phlem il arrête à Ste-Anne de la Pérade où encouragé par lui il demeure trois mois et part guéri.

Phlem lui avait fendu la tumeur et avait enlevé une partie de l'os de la joue.

Le samedi, 13 avril 1737—Il y eut assemblée du Conseil Supér. pour rendre jugement dans la cause de Ives Phlem, se disant chirurgien, établi sur le fief de Ste-Anne près Batiscan, appelant de la sentence rendue en la prevoté de cette ville, le 15e mars dernier, comparant, par Me Jean Latour, notaire royal, d'une part, et Marie Turgeon, veuve de feu Jean Bilodeau, vivant habitant de l'Isle et Comté de St-Laurent, intimée, comparante, par Jean LeRoy, d'autre part. Le Conseil met l'appelant à néant, mais condamne la veuve à payer à l'appellant, pour logement et nourriture, de feu Bilodeau, pendant huit mois, la somme de cent-quatre-vingt livres et aussi 30 livres que Bilodeau a empruntées à un nommé Gariépy et que Phlem a payées. De plus le dit Appellant sera tenu de prendre seulement des lettres de chirurgien de Sieur Jourdain Lajus, lieutenant du premier chirurgien du Roy.

Le curé, le seigneur et les habitants de la paroisse de Ste-Anne de la Pérade, qui ont tenu l'assemblée susdite sont reprimandés et défense leur est faite de tenir des assemblées semblables sans permission. Les notaires ne doivent pas signer les procès-verbaux de ces assemblées (1).

Je n'ai pu trouver nulle part que Phlem ait eu ses lettres de chirurgien.

Cela ne l'a pas empêché de continuer à soigner ni même de prendre des malades chez lui, car on voit que Nicolas Marion

(1) Juge. et Délibérations du Conseil Supér., vol. XV, p. 47.

meurt chez Phlem à Ste-Anne de la Pérade, en juillet 1738 (1). Paul Desmarets meurt d'hydropisie dans la même paroisse, en 1739, après avoir été soigné par le même (2).

En 1742, Gabriel Desmaisons est mort, hydropique, à Ste-Anne-de-la-Pérade, sous les soins de Phlem (3).

### LA MADELAINE

Au commencement du XVIII<sup>e</sup> siècle vivait à Québec, un cordonnier, Gilles François Paris, mieux connu sous le nom de La Magdelaine. Il était fils de Jean Paris et de Françoise Crevier, de St-Meir, diocèse de Dole, dans la Franche-Comté (4).

Il s'est marié à Lévis, le 7 juin 1702, avec Marie Louise Charpentier, âgée de 31 ans, fille de Jean Charpentier et de Barbe Renault, de la ville de Québec (5). Madame Paris avait une dévotion spéciale à St-Crispin et une prédilection pour les cordonniers, car quand elle devint madame Paris, la Magdeleine — il y avait 17 mois qu'elle était veuve de François Péliisson (6) cordonnier, de cette ville, par qui elle eût cinq petits Péliissons — Huit enfants naquirent de son mariage avec Paris. — Elle est morte à Québec, en 1739, âgée de 68 ans.

Péliisson est mort le 5 décembre 1700 probablement de la grippe qui sévissait alors. (Le Dr Timothée Roussel est mort de la même maladie, le 11 du même mois, après avoir été pendant 30 ans médecin de l'Hôtel-Dieu.—)

Madame la Madelaine avait habitude de soigner les malades ; cela se voit par un procès qu'elle eut avec Etienne Charest.

(1) Tanguay : Dict. Généal., vol. V, p. 515.

(2) Tanguay : Dict. Généal., vol. III, p. 383.

(3) Tanguay : Dict. Généal., vol. III, p. 381.

(4) Tanguay : Dict. Généal., vol. VI, p. 251.

(5) Tanguay : Dict. Généal., vol. I, p. 118.

(6) Tanguay : Dict. Généal., vol. I, p. 469.

Le 10 septembre 1714, Paris présente à M. le Lieutenant particulier, civil et criminel, en la prévosté et l'amirauté de Québec, la supplique suivante :

“ Supplic humblement Gilles François Paris, dit la Magde-  
 “ laine, cordonnier en cette ville, faisant tant pour luy que pour  
 “ Marie Louise Charpentier sa femme “. Il expose que : “ l’au-  
 “ tomne dernier le Sieur Estienne Charest estait detenu en cette  
 “ ville par une méchante maladie, dans son lit, bien malade. La  
 “ femme du suppliant voiant l’épouse du dit Sieur Charest sur  
 “ sur le pas de la porte de son logis toute en pleurs luy demande  
 “ la cause de son chagrin à quoy elle répondit à la femme du  
 “ suppliant que “ son mary estoit sauf respec, bien malade du  
 “ flux de ventre et que les sarrugiens ne pouvait pas luy donner  
 “ de soulagement. A quoy la femme du suppliant luy dit :  
 “ Madame, si monsieur votre époux veut je le guerirai à peu de  
 “ fres. Ce que voiant elles entrèrent dans le logis et parlèrent  
 “ au dit Sr Charest qui luy dit . Madame La madelaine si vous  
 “ me guérissez je vous donne cent eque dont elle convint et  
 “ promit de la guérir avec l’aide de Dieu à condition qu’il ne  
 “ prendrait aucun remède des Sarrugiens à quoy il convint et luy  
 “ promit devant temoins de Rechef la dite somme de trois cents  
 “ livres. Même depuis qu’il a esté guery il ast avoué que la  
 “ femme du dit suppliant l’avait parfaitement guery et qu’il  
 “ voulait la recompenser, Et c’est ce que le dit Sieur Charest  
 “ desavoue au jourdhy avec la somme de vingt trois livres que  
 “ le dit suppliant luy a fourny en travail et autre chose comme  
 “ il paroist par son mémoire cy attaché, des quelles Sommes de  
 “ 323 livres le dit suppliant n’a pu recouvrir paiement quelque  
 “ demande qu’il en ait pu faire. C’est ce quy l’oblige d’avoir  
 “ recours à vôtre esquitable justice pour le faire rembourser ” (1).

(1) Documents Regyme Français aux archives judiciaires de la rue Cook, Québec.

La Magdelaine perdit son procès, car Charest fit serment qu'il n'avait jamais rien promis à la femme du suppliant. D'ailleurs Paris avait d'autres affaires avec Charest qui était tanneur et marchand. Peut-être Paris voulait-il payer ainsi un billet de 400 livres qu'il devait à Charest, qui était Seyneur de Lauzon et un homme important.

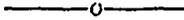
“ En 1668, Bissot fonda la première tannerie à Lévis, et fit  
“ venir de l'Île d'Orléans les deux frères Charest qui étaient  
“ tanneurs. Deux ans plus tard, il maria sa fille Catherine à  
“ Etienne Charest et le prit comme associé. Après la mort de  
“ Bissot, c'est Charest qui géra la tannerie. On y préparait des  
“ peaux de vache, veau, mouton, loup-marin, marsouin, etc., etc.  
“ Charest est mort en 1699, et son fils, Etienne, celui contre  
“ lequel la Madelaine avait une réclamation, lui succéda. A un  
“ moment donné il voulut commander le marché et pour y arri-  
“ ver avait engagé à long terme plusieurs cordonniers et se mit  
“ à fabriquer la chaussure à son établissement de Lévis. Il ne  
“ vendait des peaux qu'à des prix exorbitants et les cordonniers  
“ allaient être forcés à fermer boutique—quand ils s'adressèrent  
“ au Conseil Supérieur. Par l'ancienne loi française chaque  
“ métier avait ses privilèges que l'on ne pouvait enfreindre im-  
“ punément. Tout était réglementé de façon à ce que chacun  
“ put gagner sa vie. Ainsi dans la Colonie il fut réglé par  
“ ordonnance que les bouchers devaient vendre leurs peaux aux  
“ tanneurs. La fabrication de *souliers sauvages* était permise  
“ à tout le monde, mais pour ceux que l'on appelait *souliers*  
“ *français*, le monopole en était réservé aux cordonniers. Afin  
“ d'empêcher l'accaparement des industries, une autre ordon-  
“ nance défendit aux tanneurs de prendre chez eux aucune per-  
“ sonne du métier de cordonnier. Le Conseil Supérieur donna  
“ jugement contre Charest et l'obligea d'apporter à la ville tous

“ les cuirs convenables et de les distribuer aux cordonniers à  
 “ des prix fixés par les experts (1).

Charest, âgé de 37 ans, se maria en février 1713, avec Anne Thérèse Duroy qui n'en avait que 18 et qui après avoir eu 4 enfants, mourut en 1719, d'une affection puerpérale une semaine après la naissance de son dernier enfant (2).

En 1730, Charest acheta de Pierre Trottier Desaulniers, négociant, sa maison dans la rue Sous-le-fort, où il installa un grand magasin. Il avait pour voisin le Dr Jourdain Lajus (3).

M. J. AIHERN



### QUELQUES CONSIDERATIONS SUR LA NATURE DE L'HYSTERIE : LEUR APPLICATION AU TRAITEMENT D'UN CAS.

Par TOM. A. WILLIAMS, Mb. CM., Edin. Washington, D. C.  
 International Clinics, III, 1908, p. 44.



Cet article cherche à tirer des divers stigmates et des accidents dits hystériques l'élément commun.

Après avoir indiqué les moyens d'éviter les erreurs d'observation dans l'examen de la sensibilité et du champ visuel, l'auteur exclut les cas de névrose d'angoisse, d'émotionalisme, sauf toujours celui dérivé de la suggestion), les œdèmes d'origine organique, et les tropho-névroses d'autres espèces sur lesquelles

(1) Roy : Hist. de la Seig. de Lauzon, vol. I, p. 376.

(2) Tanguay : Dict. Général., vol. III, p. 7.

(3) Roy : Hist. de la Seign. de Lauzon, vol. II, p. 129.

nous ne sommes pas encore pleinement renseignés, et enfin les cas de supercherie intentionnelle. Il donne plusieurs exemples de cette dernière, et il cite d'autres cas dans lesquels la paralysie agitante, le mal comitial, la démence précoce, etc., ont été pris par erreur pour de l'Hystérie.

Cet élément commun consiste, comme le dit Babinski, dans le fait de pouvoir être provoqué par la suggestion et supprimé par la suggestion-persuasion. La possibilité d'une suggestion latente est illustrée par des exemples, et il est montré comment elle a parfois son origine dans les rêves. Cependant l'origine la plus fréquente est la suggestion inconsciente du médecin par ses gestes, ses expressions faciales et les inflexions de sa voix. Ils donnent naissance à des idées qui se fixent dans un esprit trop indolent à les synthétiser, et trop aboulique pour réfréner son impression.

L'auteur cite quelques exemples de ce fait ; et il étudie l'effet psychologique des sentiments forts.

La facilité avec laquelle on peut supprimer un symptôme contraste avec la lenteur et la difficulté de la guérison de l'aptitude à l'hystérie.

L'auteur rapporte un cas traité par lui qui démontre ce fait.—Suit une discussion sur la nature de la persuasion.—

Il constate que certaines idées fixes hystériques proviennent d'insuffisances passagères organiques ; et il termine en soutenant que la névrose traumatique n'est qu'une forme de l'hystérie puisqu'elle est marquée par les trois caractères suivants : 1. La suggestibilité exagérée dérivée d'une secousse émotionnelle, (2), la suggestion directe par la perturbation locale, (3) Le renforcement de cette suggestion par des manifestations de sympathie mal avisée, de gens persuadés que de tels désordres sont naturels, inévitables et hors de l'action de l'individu qu'ils frappent.

C'est le devoir des neurologistes d'éclairer leurs confrères, afin de mettre un terme aux abus médico-légistes dérivés de conceptions surannées à l'égard de la névrose traumatique.

Le diagnostic différentiel de la psychasthénie est ensuite envisagée en quelques mots et l'auteur conclut que :

(1) Tous les symptômes légitimement désignés du nom d'Hystérie sont susceptibles d'être imposés par la suggestion.

(2) Que l'état de suggestibilité dérive (a) de l'éducation maladroite ou insuffisante et la tendance qu'elle a à perpétuer et à fortifier la suggestibilité normale de l'enfant, (b) de modifications cérébrales d'origines organiques toutes d'action variable suivant (c) la constitution héréditaire.

(3) Les symptômes qui ne dérivent pas de ce mécanisme, n'appartiennent pas à l'Hystérie, mais se rattachent à des causes incomplètement étudiées par les observations anciennes.

(4) Pour se mettre à l'abri des suggestions de source médicale, on a besoin d'une technique serrée chez certains individus.

(5) Le succès du traitement, jugé par la permanence de ses résultats corrobore fortement les opinions soutenues sur la pathogénèse des accidents hystériques.

(6) L'examen complet des faits et le rejet des conceptions fantaisistes de l'Hystérie nous ramène, pour la pratique aux notions en apparence grossières et naïves des anciens cliniciens ; et implique la réfutation de la théorie de la désaggrégation mentale qui servait à résoudre la pathogénie de l'hystérie.

## TRAITEMENT LOCAL DU RHUMATISME CHRONIQUE

Par le Dr DARDEL (d'Aix-les-Bains)

Par le traitement local du rhumatisme chronique on se propose, tantôt de combattre la douleur, tantôt d'agir sur les phénomènes inflammatoires dont les articulations sont le siège, ou de rendre aux muscles voisins leur souplesse et leur force.

Pour calmer les douleurs articulaires, en particulier au moment des crises aiguës ou subaiguës, incidents assez fréquents du rhumatisme chronique, les préparations à base de *salicylate de méthyle* sont les plus employées. On formulera :

Chloroforme . . . . .	} à à 20 grammes.
Salicylate de méthyle . . . . .	
Huile camphrée . . . . .	

(HUCHARD.)

soit encore un liniment composé à parties égales d'huile d'olives et d'essence de Wintergreen.

Rappelons, en passant, les injections de salicylate de soude faites au niveau même de l'articulation douloureuse, qui ont été proposées par M. Bouchard.

Les médecins allemands ont conseillé les enveloppements *phéniqués* ; ils recouvrent les articulations de compresses imbibées d'une solution d'acide phénique à 2 ou 3%. Ce traitement est peu employé en France.

Les liniments ou les pommades à base de *belladone* peuvent être prescrits, par exemple :

Chlorhydrate de cocaïne . . . . .	} à à 20 —
Extrait de Belladone . . . . .	
Vaseline . . . . .	
Lanoline . . . . .	

(GOURIN.)

M. Dieulafoy recommande dans certains cas un cataplasme que Trousseau employait souvent et qu'il appelle *cataplasme de Trousseau*. De la mie de pain, humectée d'eau, est mise au bain-marie pendant trois heures; on pétrit avec de l'alcool camphré le gâteau ainsi formé jusqu'à ce qu'il ait la consistance du mastic. On l'étale sur une compresse à la surface de laquelle on verse la mixture :

Camphre .....	7 grammes.
Extrait d'opium.....	5 —
Alcool.....	Q. S.

Le cataplasme est mis à nu sur l'articulation, entouré de taffetas gommé et on ne le retire qu'après huit ou dix jours. On en obtient de bons résultats dans les arthrites subaiguës des rhumatismes d'infection.

Pour lutter contre la vascularisation et les phénomènes inflammatoires articulaires, Garrod employait les applications emplastiques, telles que l'emplâtre de gomme ammoniacque, de galbanum, ou encore, si la peau est irritable, l'emplâtre de savon ou de litharge. Ces applications sont aujourd'hui très oubliées. On utilise plutôt, parmi les divers procédés de révulsion, la *teinture d'iode*, les *pointes de feu*, et parfois le *vésicatoire*. Ce dernier n'a plus la vogue de jadis; il peut cependant rendre des services, mais doit être proscrit chez les malades dont le fonctionnement rénal n'est pas absolument parfait. Les pointes de feu au voisinage des articulations ne doivent pas être trop prodiguées, car, d'après Besnier, elles exposent le malade à subir, sous leur action, un paroxysme articulaire localisé ou généralisé. La lésion causale encore hypothétique d'ailleurs du rhumatisme chronique progressif siégeant peut-être dans la moelle ou les méninges spinales, on tente parfois de faire de la révulsion le long du rachis au moyen de pointes de feu.

La pommade à la *pilocarpine* ou l'enveloppement des articulations malades avec le *coton au jaborandi* sont utiles, d'après MM. Teissier et Roques, pour déterminer une sudation locale. Ces mêmes auteurs emploient volontiers les pommades au sous-gallate de bismuth ; le dermatol a une action vaso-constrictive utile contre la fluxion articulaire et, de plus, il a des propriétés analgésiques. A appliquer sur les jointures la pommade suivante :

Sous gallate de bismuth.....	8 grammes.
Vaseline.....	40 —

et on recouvre d'ouate.

Aussi bien pour la nutrition générale du malade que pour la nutrition des muscles ou le meilleur fonctionnement des articulations, le *massage* peut rendre de grands services. Le massage général qui suractive les diverses fonctions et en particulier la désassimilation est indiqué surtout chez les arthritiques. Les malaxations des muscles, au voisinage des articulations malades, le pétrissage, les percussions et torsions méthodiques constituent un bon moyen pour éviter l'atrophie musculaire. Pour ce qui est du massage et de la mobilisation articulaires, ils doivent être exécutés avec prudence ; il est d'abord contre-indiqué de mobiliser précocement les articulations dans les rhumatismes chroniques d'infection (blennorragiques, tuberculeux ou autres), il faut attendre que tout soit calmé pour commencer les mouvements. Dans le rhumatisme progressif et déformant lui-même, les mouvements trop brusquement communiqués aux surfaces articulaires peuvent donner lieu à des paroxysmes et éveiller de la fièvre. Ces réserves faites, on doit reconnaître que le massage permet souvent de rendre aux jointures, dans une certaine mesure, la souplesse et les mouvements. mais il est rare d'en obtenir une guérison complète et définitive. Le massage

doit être longtemps continué et dans l'intervalle des séances, le malade exécutera lui-même des mouvements articulaires et s'exercera à remuer malgré la douleur.

L'électricité est employée depuis fort longtemps dans le traitement du rhumatisme chronique et sous différentes formes : faradisation ou voltaïsation sinusoïdale, courants faradiques, courants continus. Les courants faradiques sont surtout utiles pour prévenir l'atrophie musculaire ou la faire disparaître quand elle existe ; les courants continus ont une action plus complexe : sous leur influence, les douleurs articulaires s'atténuent ou disparaissent, les rétractions et contractures péri-articulaires sont favorablement modifiées. Pour appliquer ces courants, on place le pôle positif sous forme de large électrode dans la région cervico-dorsale ou dorso-lombaire, selon que le rhumatisme siège aux membres supérieurs ou inférieurs, on plonge les extrémités malades dans un bassin de porcelaine plein d'eau salée à la température du corps et on met cette eau en communication avec le pôle négatif ; on fait tous les jours une séance de dix à quinze minutes avec un courant de 8 à 25 milliampères (Boudet). On peut encore, le pôle positif étant placé de la même façon, mettre l'électrode négative en contact direct avec les articulations, en se servant de plaques de zinc suffisamment malléables pour s'adapter aux déformations articulaires. Dans une thèse récente, Liébert (Paris, 15 février 1906) rapporte quelques résultats très favorables obtenus grâce à l'emploi des courants continus ; il conseille de faire passer des courants faibles pendant une longue séance d'une heure plutôt que des courants forts peu longtemps maintenus.

Un autre mode d'application de l'électricité est le bain électrique. Le malade étant dans un bain à 37°, on place au pied et à la tête de la baignoire deux plateaux de cuivre reliés

aux deux pôles et on fait passer un courant d'intensité progressive pouvant atteindre jusqu'à 200 milliampères, car les quatre cinquièmes environ passent dans l'eau.

Les *bains* ont un rôle important dans le traitement local du rhumatisme chronique. Lasègue ayant cru remarquer que les *bains* agissaient surtout par leur température croissante, élevée progressivement de 40 à 46°; ces bains sont donnés tous les deux jours; leur durée doit être de vingt à trente minutes; ils conviennent à la plupart des variétés de rhumatisme chronique et surtout à celui qui succède à un rhumatisme articulaire aigu (Ettinger).

Les *bains arsénicaux* ont été préconisés par G. de Mussy. Dans un bain de 300 litres, on fait dissoudre.

Arséniate de soude..... 2 à 8 grammes.  
Sous-carbonate de soude.... 100 à 150 —

L'adjonction de sous-carbonate de soude rend le bain plus résolutif, mais aussi plus excitant. Aussi, dans les rhumatismes chroniques avec poussées subaiguës ou fluxionnaires, est-il préférable de ne pas mettre de sous-carbonate de soude dans le bain, mais plutôt :

Arséniate de soude.... 2 à 8 grammes.  
Gélatine..... 250 —

Le bain, à la température de 35 à 36°, doit durer de trois quarts d'heure à une heure et demie, la température étant maintenue constante.

Les *bains arsénicaux* sont moins employés dans le traitement du rhumatisme chronique, depuis que la thérapeutique par les agents physiques s'est enrichie d'un certain nombre de méthodes et d'installations perfectionnées dont l'usage se répand de plus en plus. Nous ne ferons que mentionner *les bains de sable chaud* locaux ou généraux; plus intéressants sont *les bains*

*de vapeur*, qui se donnent dans des étuves humides ou dans des caisses dont émerge la tête du malade ; soit encore dans le lit, les couvertures étant soutenues par des cerceaux. Les *bains d'air chaud* se prennent à l'étuve sèche, on peut en rapprocher les fumigations de baies de genièvre, projetées sur un brasero placé sous le malade, celui-ci étant enveloppé jusqu'au cou dans une couverture ; pour donner des *bains locaux surchauffés d'air chaud*, on utilise l'appareil de Tellerman Sheffield. Le membre malade est enfermé dans un cylindre métallique au contact duquel il est soustrait par un petit matelas d'amiante ; au moyen d'une lampe à gaz, l'air intérieur du cylindre est porté à une température progressivement élevée.

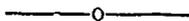
Enfin *la chaleur radiante lumineuse* est employée dans les appareils Dowsing, avec lesquels on donne des bains locaux ou généraux de chaleur et de lumière ; le principe de ces appareils est la transformation de l'électricité en chaleur radiante lumineuse et un dispositif spécial permet de maintenir le malade, la tête exceptée, dans une atmosphère atteignant la température de 150° et même quelquefois 200°. Le bain complet qui active les fonctions de nutrition et l'élimination par la peau est utile chez les arthritiques ; le bain local a pour premier effet la disparition rapide des douleurs.

Il est impossible de dire d'une façon générale auquel de ces modes de traitement local on doit s'adresser de préférence. En effet, les résultats obtenus varient beaucoup selon la forme du rhumatisme et l'état des sujets. Il y a donc souvent, au début du traitement, une période de tâtonnements pendant laquelle on mettra pour ainsi dire à l'essai ces divers procédés thérapeutiques avant de conseiller définitivement l'un d'eux aux malades.

Il nous reste à rappeler qu'on a dans certains cas proposé et exécuté un traitement chirurgical du rhumatisme chronique.

Nous empruntons à M. Lejars les lignes suivantes : Dans les formes localisées du rhumatisme chronique on a fait des résections ; les résections de la hanche, de l'épaule et du coude amènent, en général, une cessation des douleurs, mais les résultats fonctionnels sont médiocres ; par la résection du genou, on obtient, avec la cessation des douleurs, une ankylose et un membre inférieur propre à un fonctionnement utile. En cas de polyarthrite déformante, progressive, les indications du traitement chirurgical sont beaucoup plus limitées ; cependant certaines déformations sont améliorées par une intervention, les redressements, les sections tendineuses ou aponévrotiques peuvent rendre alors de réels services.

(Province Médicale.)



## ETUDES DE GASTRO-ENTÉROLOGIE

### EXAMEN D'UN DYSPEPTIQUE

#### 1. *Exploration clinique des organes.*

Par l'exploration du Dyspeptique, le praticien recueille des renseignements utiles pour affermir un diagnostic encore hésitant, ou pour apprécier les conséquences de l'état morbide : c'est en quelque sorte la vérification et le contrôle de l'impression recueillie au cours de l'interrogatoire, vérification de l'orientation donnée au diagnostic, contrôle des affirmations émises par le malade.

**Symptômes généraux.** — L'état de la *corpulence* permet d'apprécier un amaigrissement ou un engraissement récent ; à cet égard, il vaut souvent mieux recourir à une exploration directe que de

provoquer une réponse du malade : par exemple, il est à la fois maladroit et superflu d'attirer l'attention d'un malade cancéreux sur son amaigrissement, de même qu'il est indélicat de faire avouer un certain engraissement à une femme très soucieuse de conserver une éternelle jeunesse. Un coup d'œil attentif sur les plissements de la peau, une palpation discrète des masses musculaires suffiront pour faire reconnaître un amaigrissement ; la constatation de vergetures sur les cuisses ou au sommet du thorax, sans parler de celles de l'abdomen toujours sujettes à caution, permettent, en l'absence d'accroissement de taille ou d'antécédents infectieux, de soupçonner l'engraissement.

La coloration des téguments permet de juger de deux symptômes qui ne s'excluent pas : l'anémie et la chlorémie. L'anémie est nette dans la chlorose, intense et durable dans l'anémie pernicieuse progressive, intense encore mais curable dans les hémorragies répétés de l'ulcère, affections qui toutes s'accompagnent de troubles digestifs marqués. L'anémie est particulière dans le cancer, les téguments étant jaune-paille à l'exclusion des conjonctives. En dehors de ces états les dyspeptiques sont peu anémiés, même lorsqu'ils sont profondément inanitiés et malgré leurs affirmations à cet égard, qu'il faut avoir garde de ne pas contredire ; dans les dyspepsies de l'enfance, au contraire, l'anémie est souvent très intense.

Le faciès vultueux est fréquent dans la période digestive au cours des dyspepsies atoniques et nerveuses, comme aussi chez les tachyphagiques et chez les gros mangeurs ; la couperose peut en être la traduction stable dans l'intervalle des paroxysmes.

La cholémie, sur laquelle a insisté le professeur Gilbert, se traduit par une coloration jaunâtre généralisée et par des pigmentations à prédominance péri-orbitaire ; elle indique la présence des pigments biliaires dans le sang, sans modifications appréciables, ni surtout durables de l'urine, réalisant un ictère acholurique. On peut en rapprocher la classe des ictères hémolytiques, tout récemment constituée par M. Chauffard et par M. Vidal. L'ictère acholurique et l'ictère hémolytique sont du plus haut intérêt, pour la connaissance du terrain sur lequel évolue la dyspepsie.

Les téguments peuvent être le siège d'éruptions : chez l'enfant on ne manque pas de rattacher à un fonctionnement gastro-intestinal défectueux l'eczéma généralisé de la première enfance, le prurigo de Hébra et toutes les éruptions dont on ne trouve pas la cause.

Chez l'adulte, l'eczéma est ordinairement lié au terrain hyperchlorhydrique, suivant la remarque du professeur Gaucher ; l'urticaire est rattaché aux infections aiguës. La thérapeutique de ces affections, pour être jugée rationnelle, doit s'inspirer de ces associations morbides.

*Le squelette* doit faire l'objet de quelques remarques rapides mais attentives. sans compter les stigmates du rachitisme (chapelet costal, tuméfactions épiphysaires) qui sont une traduction évidente mais un peu tardive de la dyspepsie gastro-intestinale du premier âge, sans parler de l'ostéomalacie, dont l'origine digestive n'est pas encore prouvée, il existe une déformation assez spéciale aux dyspepsies : les *nodosités de Bouchard*. Ce sont des tuméfactions siégeant au niveau des articulations de la première et de la deuxième phalange, d'une dureté ligneuse et n'apportant aucune gêne aux fonctions qu'une légère limitation des mouvements. Les nodosités rhumatismales, avec lesquelles on pourrait les confondre, siègent plutôt aux articulations qui unissent les deuxième et troisième phalanges.

**Etat des appareils.** — *Le thorax* peut présenter quelques particularités. le creux sus-claviculaire dans le cas de cancer de l'estomac, est quelquefois le siège de tuméfactions ganglionnaires signalées par M. Troisier ; dans beaucoup de cas, les ganglions sont cachés par la clavicule et ne peuvent être mis en évidence que par des secousses de toux.

L'auscultation du *poumon* est nécessaire pour ne pas laisser ignorée une tuberculose pulmonaire au début, souvent difficile à distinguer d'une anémie ou d'un ulcère d'estomac.

*Le cœur* attire quelquefois l'attention d'une façon prédominante, à tel point que Potain disait que tout sujet se plaignant de palpitations devait être présumé exempt d'affection cardiaque. Il est remarquable que les dyspepsies les plus graves (cancer, ulcère) causent des troubles cardiaques moins fréquents et moins bruyants que les dyspepsies bénignes des névropathes. La tachycardie n'est pas rare ; l'arythmie, les faux gaz du cœur peuvent se rencontrer dans la période digestive chez les névropathes dyspeptiques. Potain a étudié ces troubles vasculaires de la digestion et constaté chez les cardiaques une dilatation brusque des cavités, qui est en rapport avec un spasme pulmonaire réflexe, ainsi qu'en témoigne l'exagération du deuxième bruit pulmonaire.

Des souffles anémiques peuvent être perçus au cours des anémies d'gestives, intenses dans la chlorose, ils le sont moins dans l'ulcère et dans le cancer.

*Tube digestif.* — La *dentition* est souvent en mauvais état, d'où une certaine gêne de la mastication, qu'il importe de faire cesser afin que le malade n'ait plus cette excuse, lorsqu'on lui reproche de mâcher ses aliments d'une façon défectueuse.

La *langue* a été qualifiée, avec quelque exagération, de miroir de l'estomac. Il est certain que dans l'embarras gastrique, simple ou symptomatique d'une maladie au début, elle est large, blanche, recouverte d'un enduit crémeux, en un mot, saburrale. Cet état se retrouve plus ou moins net, chez beaucoup de dyspeptiques, surtout le matin au réveil. Les malades soumis au régime lacté, les convalescents présentent cet état atténué, de même que ceux qui, ne déglutissant que des aliments liquides, ne font qu'ébaucher le travail nécessaire de l'insalivation; mais il est habituel de voir se nettoyer ces langues aux premiers repas normaux qui sont permis à leurs porteurs. Aussi ne faut-il pas attacher à l'état de la langue une importance exagérée.

**Symptômes abdominaux, paroi et estomac.** — L'exploration de l'abdomen est le point capital de l'examen d'un dyspeptique; mais avant de l'aborder, un coup d'œil sur les vêtements est nécessaire, et particulièrement sur le plus funeste d'entre eux, sur le *corset*. Le professeur Hayem a groupé en trois types les déformations causées par le corset.

La constriction sus-hépatique donne une taille courte, abaisse le foie, les reins et les colons sans les comprimer, mais peut causer, par des coutures, la dislocation verticale de l'estomac.

La constriction hépatique sectionne le lobe droit du foie, comprime par son intermédiaire les organes supérieurs de l'abdomen, pylore et duodenum, d'où dilatation consécutive de l'estomac; il respecte à peu près la statique du rein.

La constriction sous-hépatique donne la taille la plus longue, refoule en haut le foie, qui vient gêner le cœur pendant la période digestive, énuclée en bas le rein et fait subir à l'intestin une constriction qui se traduit par de la constipation.

Ces types sont réalisés dans toute leur pureté chez les élégantes, qui mettent leur point d'honneur à faire fine taille; la mode

plus récente des corsets droits est un peu moins funeste en permettant aux organes abdominaux une échappée antérieure ; néanmoins il est à souhaiter, au point de vue de l'hygiène comme au point de vue de l'esthétique, que l'élégance de l'avenir s'inspire plus de la nature et moins du caprice.

La *forme* de l'abdomen est, chez le dyspeptique, rarement normale. tantôt globuleux et tendu, lorsqu'il est soumis aux épreuves successives des variations de tonicité, que lui impose un grand mangeur ; tantôt il est plat comme chez les inaitiés ; tantôt il est mou et étalé sur les bords, comme chez les sujets ptosiques. C'est sur cette modalité que Glénard a attiré l'attention par ses études sur l'*entéroptose* ; dans ce cas, la paroi affaiblie, souvent vergeturée par des grossesses, facilement dépressible, écartée en une éventration médiane, ne conserve pas à l'abdomen une forme constante dans les différentes attitudes. en position étendue, le ventre plat au milieu, s'étale sur les bords ; en position verticale, la partie supérieure de l'abdomen se vide dans l'inférieure, qui prend la forme d'un ballon disgracieux. Dans les cas peu accentués, cette déformation ne peut être mise en évidence que par l'épreuve de la sangle : placée sur le côté du sujet, qui se tient debout, l'explorateur soutient à pleines mains la partie inférieure de l'abdomen ; le malade en ressent un certain soulagement, mais si l'on vient à faire cesser brusquement l'action de cette sangle, le malade accuse une sensation de chute pénible, particulière à cet état (*laparoptose*).

D'après Glénard les dyspepsies et l'entéroptose s'associent d'une façon indissoluble ; mais cette opinion n'est pas généralement partagée dans son absolutisme. Sans compter les cas où les troubles digestifs se manifestent sans entéroptose, il n'est pas rare de rencontrer, surtout chez la femme, des déformations caractéristiques de l'entéroptose, qui ne s'accompagnent pas de retentissements douloureux ; or, « on n'est dyspeptique qu'à la condition de souffrir et de se plaindre », disait Lasègue.

Les *pulsations abdominales*, et principalement épigastriques, effraient beaucoup les malades dès qu'ils les ont reconnues ; quand elles ne sont pas liées à une tumeur épigastrique, elles indiquent seulement l'atonie des parois abdominale et stomacale, les anévrismes profonds (aorte, artère mésentérique) constituant des exceptions négligeables.

L'exploration de la *région gastrique* succède naturellement à

l'étude générale de l'abdomen. L'inspection permet quelquefois de reconnaître un ballonnement localisé. Bien plus importants quoique beaucoup plus rares, sont deux signes particuliers aux sténoses du pylore : les ondulations de la paroi dues au *péristaltisme visible*, qui se produisent de gauche à droite, et la *tension intermittente* de l'épigastre, signe moins fidèle, mais précieux néanmoins, sur lequel I. Bouveret a attiré l'attention.

La palpation permet de contrôler les symptômes précédents et d'évaluer l'état de la *sensibilité* de l'estomac : dans les gastrites, dans l'ulcère, dans les dyspepsies nerveuses surtout, les pressions, même modérées, sont intolérables.

L'exploration digitale met encore en évidence des *points douloureux* : point xyphoïdien bien localisé, qu'on a cru longtemps particulier à l'ulcère ; point rachidien de Boas, siégeant sur le côté gauche de la dixième vertèbre dorsale, en rapport avec l'ulcère, alors que la sensibilité au point symétrique à droite est plutôt liée aux affections hépatiques.

Une manœuvre particulière permet de reconnaître le *clapotage gastrique* : avec les deux mains recourbées en crochet, on imprime à la paroi une série de secousses brusques, isochrones du rythme par lequel on perçoit qu'elle répond ; la manœuvre est exécutée de bas en haut, commence au-dessous de l'ombilic pour se terminer à l'appendice xyphoïde. La manœuvre du clapotage se fait dans des conditions différentes ; le matin, à jeun, elle doit être négative, sinon elle indique la présence de liquide de stase, symptomatique d'une gastro-succorrhée ou d'une véritable sténose du pylore. Si le résultat de l'exploration est négatif, on fait ingérer un demi-verre de liquide ; dans ce cas le clapotage permet de reconnaître la limite inférieure de l'estomac, mais c'est un symptôme inconstant et qui est en cela précieux, parce qu'il indique l'affaiblissement de la tunique musculaire de l'organe, l'*atonie gastrique*. C'est ainsi qu'il peut faire défaut dans les dilatations importantes de la sténose du pylore pour peu qu'elles ne s'accompagnent pas d'atonie.

Pratiquée pendant la période digestive, la recherche du clapotage, lorsqu'elle donne un résultat positif, indique toujours l'atonie, mais elle renseigne encore sur la rapidité d'évacuation de l'organe. Normalement l'estomac doit être vide à la sixième heure de la digestion, ou même plus tôt ; passé cette limite, l'évacuation peut être considérée comme retardée.

Les causes d'erreur du clapotage sont multiples : la diarrhée peut donner un clapotage intestinal qu'il importe de distinguer du précédent, en répétant au besoin l'exploration dans des conditions plus favorables. Inversement lorsque les parois abdominales, très épaisses, ne se laissent pas déprimer suffisamment pour provoquer le clapotage par l'ébranlement des mains, on peut encore le réaliser par la *succussion* pratiquée en mobilisant brusquement le malade au niveau des haanches.

Le clapotage ne se manifestant que dans le cas d'atonie, le *volume réel* de l'estomac ne peut être reconnu que par l'*insufflation* : on fait ingérer au malade des prises successives de un gramme de bicarbonate de soude, puis de un gramme d'acide tartrique, jusqu'à ce que le ballonnement, qui se développe par le dégagement gazeux, atteigne le maximum. La palpation et la percussion permettent alors de délimiter l'estomac.

Le volume est normal dans beaucoup de dyspepsies, l'exagération du volume, *dilatation* de Bouchard, se rencontre dans des états très différents : les sténoses du pylore, l'atonie gastrique, la ptose de l'estomac ; il n'est pas rare dans ces cas de voir la limite inférieure de l'estomac dépasser l'ombilic ou même atteindre le pubis. L'*insufflation* permet de distinguer la dilatation simple dans laquelle, la petite courbure restant en place, la grande courbure seule se déplace, et la *gastroptose* dans laquelle, avec ou sans modification du volume, la grande et la petite courbure sont l'une et l'autre abaissées. La gastroptose constitue un des stigmates de la maladie des ptoses de Glénard.

Dans quelques cas la palpation épigastrique révèle la présence d'une *tumeur* : tantôt c'est une tumeur large, médiane, immobile, généralement contemporaine de la cachexie cancéreuse (tumeur de la face antérieure) ; tantôt c'est une petite masse cachée sous les fausses côtes droites, mobile, accessible seulement dans les grands mouvements respiratoires (tumeur pylorique). Mais il ne faut pas se hâter de conclure nécessairement de la tumeur épigastrique au cancer : un ulcère entouré de périgastrite, une linité plastique, peuvent simuler une tumeur de la face antérieure. Une tumeur profonde peut prêter à confusion avec une tumeur de pancréatite chronique. Enfin une tumeur pylorique mobile peut être prise pour une vésicule biliaire.

Notons encore la possibilité de *hernies épigastriques* qui sont souvent liées à des troubles dyspeptiques variés.

**Autres organes abdominaux.** — L'examen de l'abdomen, après avoir porté sur la paroi et sur l'estomac, doit passer en revue tous les viscères. L'intestin n'est pas normalement perçu, mais les modifications pathologiques lui impriment des inégalités de consistance qui le rendent perceptible. Une corde transversale, descendant plus ou moins bas au-dessous de l'ombilic, traduit la ptose du côlon transverse, entéroptose proprement dite, que Glénard considère comme cause primordiale de la plupart des manifestations de la maladie de ptoses. Plus fréquemment, on perçoit la *corde coïlique* verticale des côlons ascendant et surtout descendant ; les scybales qu'ils renferment et les alternatives de relâchement et de contracture permettant de les différencier du bord des muscles grands droits avec lesquels on les confond souvent. La constatation de ce fait, qui s'associe ordinairement à la constipation et à l'entérite muco-membraneuse, permet d'évacuer le spasme intestinal. •

L'exploration de l'*appendice* ne doit jamais être négligée, car les dyspepsies réflexes, symptomatiques de lésions appendiculaires, ne sont plus à démontrer.

Avec l'estomac et l'intestin, le *rein* est l'organe le plus souvent atteint dans la maladie des ptoses, le rein droit particulièrement.

Le sujet étant étendu en résolution musculaire complète, et les cuisses étant demi-fléchi une main postérieure déprime l'hiatus costo-pelvien et, imprimant des secousses brusques, renvoie à la main antérieure, placée sous les fausses côtes droites, la tumeur rénale caractéristique de la néphroptose. Dans les cas de pointe de rein mobile, le rôle d'exploration appartient surtout à la main antérieure, qui doit se laisser guider par les mouvements respiratoires.

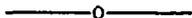
Le *foie* des dyspeptiques paraît souvent augmenté de volume ; pour Hanot, la cirrhose dyspeptique ne faisait peu de doute ; pour M. Bouchard, les variations de volume, liées à la congestion, expliquent la tuméfaction de l'organe ; pour d'autres enfin, il s'agit plus souvent de ptose que d'hypertrophie. Rappelons que cet organe est une des premières victimes de la déformation du corset.

La *rate* est normale dans les dyspepsies, sauf dans quelques états de l'enfance où elle est augmentée de volume (anémie splénomégalyque).

L'exploration du *système génital* s'impose. un varicocèle chez l'homme peut être un stigmate de la maladie des ptoses, de même chez la femme les prolapsus génitaux. Les lésions utérines et annexielles sont liées d'une façon presque indissoluble à des troubles gastriques et entéritiques.

Enfin, l'exploration de l'*anus* peut démontrer la présence d'hémorroïdes, de cancer, ou de polype qui expliquent les hémorragies, ou d'une fissure sphinctérale, qui entretient la constipation.

DR P. DEBRIVE.



## IODURASE DE COUTURIEUX

(IODURO-ENZYMES)

IODURE SANS IODISME



Il n'y a pas de médecin qui n'ait eu à se débattre contre les accidents plus ou moins désagréables résultant de l'application systématique de la médication iodurée. Car il en est malheureusement de la thérapeutique comme de la numismatique où toute médaille a son revers, et bien peu nombreux sont les médicaments dont on puisse attendre à volonté un effet curatif défini sans être arrêté rapidement par l'apparition de phénomènes accessoires pénibles ou dangereux.

La difficulté, bien plus grande encore quand il s'agit d'un traitement qui doit être prolongé pour être réellement efficace, se présente parfois comme insoluble (1).

(1) Dans sa remarquable communication à l'Académie de médecine du 2 juin 1908, sur l'*Artério-sclérose*, le *Professeur Lancereaux* dit que l'*iodure*, médicament de choix dans cette affection, doit être employé comme préventif et curatif pendant plusieurs années à la dose de 1 à 3 grammes par jour!

L'un des produits les plus nécessaires et les plus communément employés, l'iodure, sous quelque forme qu'on le présente, entraîne au bout de quelque temps des accidents plus ou moins graves, mais suffisants pour obliger le clinicien à suspendre l'usage de cet agent précieux : acné et manifestations cutanées de toutes sortes, dyspepsies, coryza, douleurs de tête, goût métallique amer, œdème du larynx, etc... Il se produit là toute une série de phénomènes résultant de troubles gastro-intestinaux qu'il est presque impossible d'amender sans cesser d'administrer le médicament qui les a indirectement causés.

Ces accidents se produisent d'ailleurs aussi bien avec l'iode ou ses succédanés qu'avec l'iodure, surtout si on les emploie à doses élevées.

« Si donc il était possible, par un procédé nouveau, de garder toutes les propriétés de l'iodure, tout en évitant l'iodisme, on devrait remercier le créateur de ce produit nouveau. Or, c'est précisément pour répondre à ces exigences que M. Couturier nous offre, non pas un corps nouveau, mais une préparation nouvelle qu'il appelle *iodurasc* et basée sur un principe thérapeutique connu déjà depuis plusieurs années. » (*La clinique*, 175 08.)

« Depuis 1899, date de l'introduction des levures dans la thérapeutique courante, la plupart des médecins ont constaté l'action en quelque sorte spécifique de ces agents dans la furonculose, l'acné et l'eczéma. Plusieurs eurent alors l'idée (en particulier MM. les professeurs Lancereaux, Auvard, Thiroloix) de donner de la levure de bière sous forme de *levurine* aux malades soumis au traitement par les bromures et iodures; les résultats furent bien tels qu'ils les prévoyaient: l'acné, si désagréable, qui accompagne presque toujours ce traitement, disparut et disparurent également les divers autres accidents connus sous le nom générique de *bromisme* ou d'*iodisme*. C'était là une application intéressante de la levurothérapie, mais peu pratique; le malade répugnant souvent à prendre la levure de bière soit fraîche, soit sèche, et, d'autre part, la double médication

devenant dans beaucoup de cas une complication. C'est alors que Couturieux eut l'idée d'associer dans un même produit les bromures et iodures à son dérivé des saccharomyces cerevisiae, la *Lecurine extractive*, qui renferme, sous un poids 35 fois moindre que la levure, tous les enzymes ou principes actifs de cette dernière ; les expériences faites avec ce mélange et les résultats confirmèrent ceux obtenus par l'emploi séparé des bromures et iodures et des levures. Il n'y avait plus alors qu'à donner aux nouveaux médicaments dénommés par l'auteur *Bromiase* et *Iodurase* une forme pratique et agréable, il recourut au comprimé (qui permet un dosage rigoureux sous un petit volume) et enroba le comprimé ou noyau d'une enveloppe glutinisée et légèrement parfumée ; cet enrobage assure la conservation très longue du produit et, d'autre part, ne permet sa dissolution que dans l'intestin seulement : d'où fatigue nulle pour l'estomac même aux hautes doses nécessaires quelquefois. » (*La Province Médicale*, 25/12 07.)

Chaque capsule de *Iodurase* renferme 50 centigr. iodure de potassium pur et 10 centigr. enzymes.

Nous conclurons en disant que l'« IODURASE » présente sur les iodures et préparations à base d'iode les avantages suivants : ABSORPTION FACILE, PAS DE SAVEUR DÉSAGRÉABLE, DOSAGE RIGOREUX, PRODUIT PUR ET CONSTANT, TOLÉRANCE PARFAITE, CONSERVATION INDEFINIE, PAS D'ACCIDENTS IODIQUES.

L'*Iodurase* devra être prescrite chaque fois qu'il faut donner à un malade de fortes doses d'iodure ou employer ce médicament pendant longtemps.

Nous ne rappellerons que pour mémoire les cas dans lesquels la médication iodurée est indiquée :

Affections du cœur : de 0 gr. 50 à 1 gr. 50, soit 1 à 3 capsules d'*iodurase* par jour.

Artério-sclérose : de 0 gr. 50 à 3 gr. par jour (Lancereaux), soit 1 à 6 capsules d'*iodurase*.

Arthritisme et affections gouteuses : 0 gr. 50 à 2 gr., soit 1 à 4 capsules d'iodurase.

Asthme : 0 gr. 50 à 1 gr. 50, soit 1 à 3 capsules d'iodurase.

Goître : 2 à 4 gr., soit 4 à 8 capsules d'iodurase.

Obésité : 1 à 2 gr., soit 2 à 4 capsules d'iodurase.

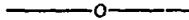
Saturnisme : 1 à 3 gr., soit 2 à 6 capsules d'iodurase.

Syphilis : 1 à 6 gr. et plus si nécessaire, soit 2 à 12 capsules d'iodurase.

N. B. — *Les capsules d'iodurase doivent être prises de préférence aux repas. Sauf indications contraires, on les donnera pendant 15 jours de suite avec repos de 15 jours, pour reprendre ensuite.*

Dr A. M.

CH. COUTURIEUX, ex-Interne et Chef de Laboratoire des Hôpitaux de Paris, *Membre du Jury, Hors Concours aux Expositions universelles de Paris, 1900 ; Liège 1905 ; Milan 1906 ; Londres, 1908.*



La cystite suit souvent le cathétérisme peu soigné et on ne saurait trop prendre de précautions dans la préparation du malade, des instruments ou des mains de l'opérateur. Le malade doit s'astreindre aux mêmes précautions s'il se cathétérise lui-même ; il sera prudent quelquefois d'installer dans la vessie quelques gouttes de solution de nitrate d'argent à 1/1000. L'administration de quelques doses de Sanmetto, une cuillère à thé dans un verre à vin d'eau chaude, aura les meilleurs effets possibles.

L'hypertrophie de la prostate avec rétention est d'occurrence fréquente. Les malades qui présentent ces symptômes doivent être sous la surveillance de leur médecin. Ils doivent être avertis des complications possibles de leur état, et instruits des précautions d'aseptie à prendre. L'usage constant du Sanmetto, préviendra l'usage constant du cathéter.

## BIBLIOGRAPHIE

**Thérapeutique vénérienne.** par le docteur DEGUY, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien chef de laboratoire. Un vol. in 8 carré de 280 pages avec 24 figures. Prix cartonné : 5 francs. Paris, 1909. G. Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris.

Ce petit volume n'est pas un traité de thérapeutique. C'est, l'auteur prend soin de le noter, le résumé de recherches personnelles sur différents points du traitement des maladies vénériennes et de quelques dermatoses, recherches orientées dans un sens très moderne et très pratique.

A propos de la blennorragie, M. Deguy décrit la technique des lavages, pour lesquels il a créé une instrumentation très pratique, les indications et les effets de cette méthode, puis les petites injections dont il rappelle les formules et dont il indique les agents les plus récents, puis le traitement de la blennorragie chronique, dans laquelle il préconise l'emploi parallèle de la dilatation de l'urètre et des pansements locaux avec des pommades fluides.

Viennent ensuite une étude sur le traitement de l'orchite blennorragique avec des indications précises sur les divers agents internes préconisés contre elle, une courte note sur le paraphimosis blennorragique, une longue étude du rhumatisme blennorragique et un traitement par la ponction.

Deux chapitres sont consacrés au traitement des pyodermites par les pansements avec des solutions (1 pour 250) de nitrate d'argent et au pansement des chancres simples et des ulcérations vénériennes avec la pommade au nitrate d'argent.

Le traitement de la syphilis est l'occasion de développements importants. L'auteur entre dans des détails chimiques et techniques sur un très grand nombre de préparations mercurielles, principalement sur celles introduites récemment dans la thérapeutique ; il vante particulièrement l'huile grise et les préparations, encore peu répandues, de mercurate d'argent. M. Deguy passe ensuite à l'étude de l'iode et des iodures, des arsenicaux, insistant également sur les préparations nouvellement connues de ces corps. Il montre que

l'arsenic ne semble pas encore destiné à détrôner le mercure dans le traitement de la syphilis.

La marche générale du traitement de la syphilis et le traitement de la syphilis infantile sont résumés en quelques pages topiques.

Pour terminer ce volume, M. Deguy, dont on connaît la compétence en bactériologie, expose les progrès récemment introduits dans le diagnostic de la syphilis par l'emploi des méthodes du laboratoire (recherche du spirochète, séro réaction)

Ce volume, de tour très personnel et renfermant de nombreux documents sur les agents de traitement des maladies vénériennes, a sa place marquée dans la bibliothèque du syphiligraphe et du médecin, à côté et en sus des grands traités de vénéréologie.

**HYGIÈNE OCULAIRE DE LA PREMIÈRE ENFANCE**, par le Dr E. GINESTOUS, ancien interne des Hôpitaux de Bordeaux, Oculiste de l'Hôpital suburbain des enfants. — VIGOT Frères, Editeurs, 23 Place de l'École-de-Médecine, Paris. Un volume in-16. . . . . 2 francs.

L'aveugle qui, par le fait de son infirmité est incapable de se suffire à lui-même et de subvenir à ses moyens d'existence par le travail, est un membre inutile de la communauté sociale. Bien plus, s'il n'a pas de patrimoine, il ne tarde pas à devenir une charge pour les siens, pour l'Etat, les départements et les communes. L'aveugle n'est plus qu'une non-valeur, il est une source de dépenses pour son pays. C'est donc faire œuvre sociale que de lutter contre la cécité. Assister l'aveugle est bien, mais empêcher un être en pleine vie de perdre la vue est encore mieux. C'est ce que l'auteur a voulu nous démontrer dans cet ouvrage. Citant les statistiques des Quinze-Vingts, il prouve que la moitié des aveugles pensionnés par l'Etat auraient pu avec des soins hygiéniques, ne rien coûter à leurs concitoyens.

Après avoir indiqué les causes de la cécité infantile, il passe en revue les affections oculaires de la première enfance, il donne les indications nécessaires pour leur traitement. Placé dans un milieu où il a pu étudier de près toutes ces affections, le Dr Ginestous était tout désigné pour écrire ce petit livre qui rendra, nous n'en doutons pas, les plus grands services aux personnes qui s'occupent d'hy-

giène infantile. C'est un appel en faveur de ces malheureux déshérités dont on pourrait bien souvent, avec quelques soins intelligents, conserver la vue.

**Technique des Bandages et Appareils de pratique courante**, par le Dr A. BESSON, Maître de conférences à la Faculté libre de Médecine de Lille. — VIGOT Frères, Editeurs, 23, Place de l'École de Médecine, Paris. Un volume in-8 écu avec 95 figures. . . . . 3 fr.

On n'a pas oublié le vif succès qu'ont obtenu, dans les trois dernières années, les deux éditions de la *Technique chirurgicale journalière au lit du malade*, de M. le Docteur Adrien Besson. L'auteur, qui se spécialise décidément dans cette étude si utile des questions de pratique journalière, vient de faire paraître un important complément sur la *Technique des Bandages et Appareils de pratique courante*.

Ce Manuel vient à son heure. De nos jours se développent de surprenante manière les Sociétés de Secours aux Blessés, les Œuvres d'assistance, les Ecoles d'infirmiers et d'infirmières. Les services que peuvent rendre ces diverses organisations ne peuvent être maintenant niés, même par les plus sceptiques. Il importe donc au premier chef de diriger leur éducation vers un but essentiellement pratique, en leur donnant d'une façon nette et claire les principes fondamentaux qui leur permettront de devenir les collaborateurs précieux du chirurgien.

C'est ce que M. le Docteur Besson, guidé par une expérience déjà longue et se gardant avec soin de toute digression inutile, vient de réaliser avec un rare bonheur dans son dernier ouvrage. La démonstration d'une exactitude rigoureuse, le style élégant et précis rendent attachante la lecture d'un livre que son format commode permet de consulter facilement.

L'ouvrage est illustré de 95 figures, toutes dessinées sur les indications de l'auteur; certains bandages d'une exécution délicate en comportent même plusieurs pour chaque temps différent. L'exécution de ces dessins est particulièrement remarquable, en ce sens que le dessinateur a toujours très heureusement rendu la technique propre à chaque bandage ou appareil.

Ajoutons que pour parfaire son Manuel, l'auteur a ajouté d'indispensables notions sur les principaux appareils de pratique courante (appareils plâtrés, solicates en carton, Scultet, gouttières, appareil à extension continue, bande d'Esmarch, etc.) : il a terminé par un chapitre, qui sera particulièrement apprécié, sur la technique générale d'un pansement.

Ce Manuel, de format élégant et maniable, écrit dans une langue claire et précise, illustré de très démonstratives figures, comble certainement une lacune et rendra d'éminents services tant aux étudiants et aux praticiens, qu'aux Sociétés de Secours aux Blessés, aux Ecoles d'infirmiers et d'infirmières, aux Œuvres d'assistance en général ; à ce titre, nous n'avons aucune hésitation à lui prédire une fortune très rapide qui sera, certes, très méritée.

**L'ASTHME.** Etiologie, pathogénie et traitement, par le Dr R. MONCORGÉ, Médecin consultant au Mont-Dore. — VIGOT Frères, Editeurs, 23, Place de l'Ecole de Médecine, Paris. Un vol. in-8 carré. . . . . 4 fr.

L'auteur se borne à l'étiologie et à la pathogénie comme étant plus propices à l'exposition de ses idées personnelles, et à la thérapeutique comme étant la partie la plus utile. Et même, en pathogénie, il néglige volontairement la voie centrifuge, c'est-à-dire l'accès, pour ne s'occuper que de la voie centripète, comprenant les causalités profondes et le mécanisme générateur de l'asthme. Pour lui, l'asthme n'est pas une entité nosologique, ce n'est qu'un symptôme, un syndrome, réflexe le plus souvent. Il n'y a pas d'asthme essentiel, tout asthme est symptomatique. Il n'y a pas de cause univoque de l'asthme, mais « tout » peut le conditionner, maladies locales organiques ou organo-fonctionnelles—et maladies générales. Il fait une part prépondérante à l'infection, à l'intoxication, à l'auto-intoxication, qui conditionnent l'hyperfectivité générale et finalement cette hyperexcitabilité bulbaire spéciale, cette réflexo-ataxie appelée asthme. L'arthritisme—dont il fait une auto-intoxication par ingesta—reste le grand facteur de l'asthme. La tuberculose revendique « son » asthme au même titre que toute infection. L'auteur, en passant, rejette la catégorie des pseudo-asthmes, dont il fait des asthmes « vrais ».

L'asthme, n'ayant pas une cause univoque, ne saurait avoir un traitement unique. La médication rationnelle doit être causale et pathogénique ; chaque asthme a son traitement superposable à sa pathogénie, chaque asthmatique est une question d'espèce. L'auteur pose en principe que tout asthme bien traité doit guérir. Il passe en revue les diverses formes, les divers types cliniques et nombreux, et indique pour chaque cas la méthode thérapeutique qui convient : hygiène, climatothérapie, régime, cure hydro-minérale, agents médicamenteux.

### **Thérapeutique médicale et médecine journalière, par G.**

LEMOINE, professeur de Clinique Médicale à la Faculté de Lille.  
*Cinquième édition*, conforme au Nouveau Codex 1908. — VIGOT  
Frères, Éditeurs, 23, Place de l'École-de-Médecine. Paris.  
Un volume in-8° de 1128 pages, cartonné. . . . 16 fr.

Cette cinquième édition du manuel de thérapeutique clinique de M. le P<sup>r</sup> Lemoine est en réalité un livre nouveau, tant elle a été remaniée et complétée. Elle comporte, en effet, soixante-dix chapitres nouveaux.

Lorsqu'en 1896, parut la première édition de ses leçons de thérapeutique, l'auteur n'avait d'autre but que de présenter un résumé de son enseignement et était resté forcément incomplet. Seuls les cas cliniques les plus fréquents faisaient l'objet de considérations thérapeutiques et, volontairement, il avait laissé de côté le traitement des maladies moins souvent observées. Dans le livre actuel, au contraire, il a tenu à présenter au praticien un exposé aussi simple mais aussi complet que possible de la thérapeutique usuelle, de celle qu'il doit faire tous les jours, de façon à lui offrir la solution de la plupart des difficultés qui peuvent se présenter à lui.

Mais, dans ce nouveau livre, la méthode qui a présidé aux éditions précédentes est restée la même. L'auteur a cherché à être complet, mais, cette fois encore il a volontairement laissé dans l'ombre bien des médications et des médicaments, et omis de citer bien des travaux importants. C'est qu'en effet, rien n'est plus difficile pour le médecin qui n'a pas encore acquis une grande expérience personnelle que de choisir, entre toutes les méthodes de traitement qui lui sont proposées pour un même cas, celle qu'il pense devoir être la meilleure. Ce travail de sélection, il a cherché à le faire pour lui ;

il ne conseille l'emploi que des médications qu'il croit bonnes et dont la plupart du temps il s'est servi lui-même. Ce livre contient un très grand nombre de formules choisies parmi les plus usuelles et les plus faciles à exécuter. Toutes ont été soigneusement revues et mises en conformité avec le nouveau Codex 1908. Ce livre n'a aucune prétention à l'érudition ! Il constitue surtout la vulgarisation de la thérapeutique telle que le professeur Lemoine l'enseigne et la pratique depuis vingt ans ; il doit être consulté par ceux qui désirent un renseignement pratique pour traiter un malade et non par ceux qui font des recherches bibliographiques.

En un mot, tout en restant dans le cadre simple des premières éditions, l'auteur a cherché à faire un livre complet en se rappelant cependant qu'il écrivait pour des étudiants et des praticiens.

**Formulaire. Consultations médicales et chirurgicales,** par MM. LEMOINE et GÉRARD, professeurs à la faculté de Médecine de Lille, avec la collaboration de M. J. VANVERT, Chirurgien des Hôpitaux de Lille, pour la partie chirurgicale. *Quatrième édition conforme au nouveau Codex 1908.* — VIGOT Frères, Editeurs, 23, Place de l'Ecole-de-Médecine' Paris. Un vol. in-18 cartonné, peau. . . . . 7 fr.

Depuis l'apparition de cet ouvrage en 1905, trois éditions se sont succédé. La quatrième édition que nous présentons aujourd'hui a été mise en conformité avec le Nouveau Codex 1908. Un grand nombre de formules ont été modifiées. Ces modifications sont d'autant plus importantes à connaître pour le médecin, qu'étant responsable de son ordonnance, il ne doit pas ignorer les changements dans la posologie résultant des nouvelles préparations faites suivant les exigences de la Nouvelle Pharmacopée 1908 dont l'application devient obligatoire à partir du premier mai 1909.

Les changements dans le titre de certains médicaments ont été consentis pour se conformer aux décisions prises à la Conférence internationale de Bruxelles de 1902 dans le but d'unifier la formule des médicaments héroïques.

Pour toutes les formules comprenant une préparation dont le titre ou la composition ont été modifiées, les auteurs ont pris le soin de mettre, à côté du nom de cette préparation et de la dose indiquée, les initiales *n. C.* indiquant que ces formules sont conformes avec les exigences du Nouveau Codex.

Le praticien trouvera dans cet ouvrage vraiment pratique et tout à fait au courant de la science, tous les renseignements nécessaires à l'exercice de sa profession. C'est, nous le répétons, *le vademecum du médecin praticien.*