

L'insolation et son traitement

L'insolation provoque souvent l'apparition d'un véritable syndrome méningé. M. Potelet (*Thèse, Paris, 1908*) vient d'en réunir de nombreuses observations, qui lui permettent d'adopter la classification de Dopter (*Soc. méd. hôp.*, 4 déc. 1903) en deux grandes formes: une forme bénigne et une forme grave.

Dans la forme bénigne, le début est brusque. Le malade, se trouvant exposé à une forte chaleur solaire soit immobile, soit en travaillant ou en pronant part à une marche ou à une manœuvre, ressent soudain des vertiges avec bourdonnements d'oreilles, avec, souvent, gêne respiratoire et parfois anxiété précordiale. Ces signes durent peu; rapidement la vue se trouble et la syncope se produit.

Cette perte de connaissance est passagère; le malade revient à lui, mais il lui reste de l'obnubilation intellectuelle pendant plus d'une journée, et surtout une céphalée violente, frontale et occipitale; celle-ci est counte, elle dure deux jours à peine; souvent, le deuxième jour il ne persiste qu'une légère céphalée s'accompagnant de fatigue et de courbature généralisée. Ces phénomènes s'accompagnent d'une élévation thermique légère, qui atteint, au maximum, 38° 6. Le plus souvent, les symptômes se bornent là; il n'y a pas de troubles du pouls, pas de vomissements, pas de nausées, pas de troubles de la sensibilité, ni de la motilité.

Un symptôme constant apportant la signature de ce syndrome méningé, est fourni par la ponction lombaire. Dans tous les cas, on a noté une hypertension manifeste du liquide céphalo-rachidien; ce liquide est clair, transparent, sans fibrine ni albumine. Il n'existe aucun élément figuré. La ponction lombaire n'a jamais été pratiquée qu'une fois dans chacun de ces cas bénins, les symptômes morbides ayant disparu rapidement.

Dans la forme plus grave, nous retrouvons les mêmes symptômes plus accentués. Tantôt le début est le même que dans la forme bénigne; c'est au moment même où le sujet se trouve exposé aux rayons du soleil que survient,

après quelques vertiges, une perte de connaissance complète; mais ici elle dure plus longtemps et le malade ne reprend connaissance que le lendemain matin. Tantôt le début est plus lent; la perte de connaissance ne survient qu'assez tardivement, alors que le sujet n'est plus exposé à l'action du soleil (Dopter). Tantôt, enfin, on n'observe au début que de la céphalée et du malaise; le malade quitte le travail, se met au lit, et ce n'est qu'après 48 heures qu'apparaît la perte de connaissance; celle-ci peut aller jusqu'au coma avec facies vultueux et cyanosé, battement des vaisseaux du cou, respiration stertoreuse. Une fois sorti de ce coma, le malade reste dans un état de prostration profonde.

Dans ces formes graves, à la céphalée qui constituait l'unique symptôme des formes bénignes, s'ajoutent d'autres signes qui constituent un syndrome méningé presque complet. La prostration est le signe dominant, joignons-y des nausées, des vomissements, parfois des convulsions, souvent un signe de Kernig avec attitude en chien de fusil. On a noté de légers troubles visuels: inégalité pupillaire ou mydriase bilatérale très marquée avec affaiblissement du réflexe lumineux. Les symptômes généraux s'accroissent: la température oscille entre 38° et 39°, mais elle ne tarde pas à tomber rapidement. Le pouls est toujours régulier et souvent en rapport avec la température; d'autre fois on observe au contraire un ralentissement du pouls (de Masary et Lian, *Bul. soc. méd. hôpit.*, 15 février 1908).

Les résultats fournis par la ponction lombaire varient: hypertension avec liquide clair et sans albumine, hypertension avec polynucléose rachidienne au début et plus tard lymphocytose.

Ce syndrome méningé est consécutif à l'insolation et ne se rencontre pas dans le coup de chaleur par chaleur artificielle.

Comme "traitement", au début: mettre le malade à l'ombre, le débarrasser de ses vêtements, pratiquer des flagellations, des frictions, pour le ranimer. Plus tard, contre l'hyperthermie et les convulsions, utiliser les bains tièdes; contre la céphalée, les applications de glace sur la tête. Enfin, la ponction lombaire, excellent moyen de diagnostic, est encore un agent thérapeutique souvent efficace.

Progrès des Sciences Médicales

BALLE DE CHEVEUX DANS L'ESTOMAC.

Fille de neuf ans, reçue au *King's College Hospital*, le 12 février, pour une tumeur abdominale remarquée depuis sept mois. Il y a un an que le ventre est gros; malaises fréquents surtout depuis deux mois. Appétit mauvais, selles normales, régime lacté depuis trois semaines. Douleurs épigastriques depuis trois mois. La mère a remarqué qu'il y a plusieurs années les cheveux de l'enfant disparaissent pendant deux jours en juin.

En réalité, l'enfant, depuis l'âge de trois ans, avait l'habitude de s'arracher les cheveux et de les avaler.

L'examen du ventre montre une ténacité épigastrique, dure à la palpation, s'étendant du rebord costal gauche à la ligne mamillaire droite, au niveau de l'ombilic. Les bords étaient bien limités. Surface lisse, non douloureuse. On pouvait mouvoir la tumeur en haut et en bas. On pensa à la rate, au lymphosarcome, à la tuberculose.

Le Dr. Burghard fait la laparotomie, incise l'estomac