

M. Dührssen lui en pratiqua un second, et, ne réussissant pas à extraire tous les débris du placenta, il fit un tamponnement. Au bout de quarante-huit heures, il introduisit le doigt dans l'utérus et réussit ainsi à enlever tout ce qui restait du placenta. Le doigt lui apprit, en outre, qu'une perforation avait été faite dans la paroi de l'utérus. Il survint aussi une hémorrhagie si abondante que M. Dührssen se vit contraint d'enlever l'utérus par la voie vaginale.

L'examen microscopique de la pièce fit reconnaître que la curette avait détaché toute la couche musculaire utérine. Pour cela il a fallu que le placenta fût anormalement adhérent et l'utérus anormalement peu consistant. Ce peu de consistance a été déjà plusieurs fois constaté à l'autopsie.

Ces faits montrent que le curette n'est pas l'instrument de choix dans le traitement de l'avortement, mais qu'il vaut mieux se servir du doigt ; on ne peut, en effet, savoir d'avance quelle sera la consistance de la paroi utérine. — (*Ibid*)

Cas de grippe avec éruption de taches rosées lenticulaires

Par le docteur E. FEINDEL, et par P. FROUSSARD, interne des hôpitaux

Dans le service de M. le docteur Brissaud, nous venons d'observer un cas de grippe avec éruption de taches rosées lenticulaires, en tous points comparable aux cas rapportés dernièrement par M. Pelon (1).

Un jeune homme de dix-huit ans, jardinier, entre, le 18 mars 1898, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Damascino n° 4. Le début de la maladie remonte à une dizaine de jours avant l'entrée : il a été marqué par de la céphalée frontale assez intense, de la courbature générale, de l'insuffisance d'un sommeil entrecoupé de cauchemars et de la constipation opiniâtre. Le malade avait pu cependant continuer tant bien que mal son travail jusqu'au samedi 12. Mais, les symptômes précédents étant devenus plus intenses, et la sensation de fatigue plus marquée, il prend le lit définitivement ce jour-là.

A partir de ce moment, il lui fut impossible, dit-il, de se lever ou même de s'asseoir sur son lit, sans ressentir des étourdissements. Il aurait eu, en outre, du délire nocturne avec agitation et quelques épistaxis. L'inappétence était complète.

Le soir de son entrée à l'hôpital (le 18 mars), la température est de 40°3 ; le pouls est à 100 ; la langue est humide, blanche au centre, rouge sur les bords et à la pointe ; le ventre est peu ballonné, non douloureux à la pression. La palpation non douloureuse des fosses iliaques laisse percevoir, cependant, un gargouillement très net, surtout à droite. La percussion de la région splénique ne donne pas de matité. A l'auscultation des poumons, on note des deux côtés des râles sibilants et sous-érépitants ; la toux est peu fréquente, les crachats sont muco-purulents et peu abondants. Le malade est abattu, mais il ne présente pas toutefois l'aspect typhique : il répond avec précision à l'interrogatoire, sans que sa fatigue en soit accrue.

Le lendemain matin (19 mars), la température est à 39 degrés, le pouls est moins fréquent, franchement dicrote, bien frappé. A la partie antérieure de l'abdomen, ont apparu des taches rosées lenticulaires typiques au nombre de cinq ou six. Les bains froids sont prescrits. Le soir, la température est tombée à 37°3.

Le 20 mars, le malade, qui a été purgé la veille, a de la diarrhée, avec selles abondantes, de coloration noire ; les taches rosées lenticulaires, toujours très nettes, sont plus nombreuses : on en trouve à la racine des cuisses et à la base du thorax en avant. On pratiqua le séro-diagnostic qui fut négatif. La température remonte le soir à 40°1 et reste aussi élevée le lendemain avec une rémission matinale de un demi-degré.

La défervescence définitive commence le 22 mars et est complète en quatre jours. La convalescence n'a donné lieu à aucun accident.

Le séro-diagnostic, pratiqué une seconde fois au début de la défervescence, a encore été négatif.

Voilà donc un malade, entrant dans le service après une dizaine de jours de malaise allant en augmentant ; il présente ensuite de la céphalée, de l'insomnie, de l'agitation, de la courbature, des épistaxis, du dicrotisme du pouls, de la fièvre, des phénomènes gastro-intestinaux, la langue typhique (jamais il n'a eu la langue porcelaine), de l'inappétence, de la constipation, du gargouillement dans les fosses iliaques, des phénomènes pulmonaires modérément intenses ; devant la réunion de tous ces symptômes, on devait penser à une fièvre typhoïde. Cependant, en l'absence de la prostration, de la stupeur, des étourdissements, absence constatée par nous quand nous le faisons asseoir sur son lit pour l'examiner, devant ses réponses d'une précision remarquable, nous avions quelques doutes ; il y avait encore, pour les accentuer, le manque de douleurs dans les fosses iliaques et de matité splénique. Mais à ce moment se montra l'éruption de taches rosées lenticulaires. Ces taches rosées, avec tous les caractères qu'on leur reconnaît dans la fièvre typhoïde, apparurent en plusieurs poussées (plus tard elles disparurent, chacune après une huitaine de jours d'existence). L'hésitation ne semblait plus permise, au moins quant à la thérapeutique qui devait être instituée, et les bains froids furent prescrits.

Suivant notre habitude le séro-diagnostic fut pratiqué, et son résultat, nous l'avons dit, a été négatif ; mais le malade n'était qu'au huitième jour environ, et l'on sait que la réaction agglutinante peut être plus tardive. Le traitement par les bains froids fut donc continué. Il est à noter que le jour même, après deux bains seulement, il y eut une chute brusque de la température tombée le soir à 37°2 ; en outre les symptômes s'étaient amendés ; le malade fut même surpris occupé à lire. Devions-nous abandonner de suite le diagnostic de fièvre typhoïde ? Pas forcément, puisque Wunderlich nous a appris à connaître de pareilles rémissions, et de plus la température remontait le lendemain, et restait élevée le jour suivant.

Mais bientôt la défervescence définitive commence, se poursuit pendant quatre jours avec quelques oscillations, puis la température revient à la normale et y demeure. Les symptômes s'étaient amendés avec la première défervescence et, malgré l'élévation nouvelle de la température, ils avaient continué leur marche décroissante, pour disparaître complètement un peu avant que la température ne soit revenue à la normale.

Il nous reste à nous demander si nous avons eu affaire à une forme abortive de la dothiœntérie ou à une grippe à forme typhique, avec éruption de taches rosées lenticulaires. Pendant tout le temps de l'évolution nous avons été hésitants, nous n'avions pas l'impression qu'il s'agissait d'une fièvre typhoïde ; puis la disparition des différents symptômes nous a semblé bien rapide ; enfin le séro-diagnostic a été négatif deux fois : une première fois en pleine période d'état, la seconde fois quand la convalescence se dessinait. Or il est rare que le séro-diagnostic soit négatif pendant la fièvre typhoïde ; plus rare encore qu'il demeure négatif au moment de la convalescence. Dans le cas actuel, nous avons aussi bien les symptômes d'une grippe, que ceux de la fièvre typhoïde, et nous croyons que c'est au diagnostic de grippe que nous devons définitivement nous arrêter. Il est généralement admis qu'en dehors de la fièvre typhoïde l'apparition de taches rosées lenticulaires est exceptionnelle, et c'est à ce titre que nous croyons intéressant de rapporter un nouveau cas d'une telle éruption au cours d'une grippe.

(Gaz. des Hôp.)

(1) Pelon. Des éruptions de taches rosées lenticulaires au cours de la grippe, *Gaz des hôp.*, jeudi 21 avril 1898, no 48.