

A NOS LECTEURS

Le présent numéro, qui termine la deuxième série de notre publication, a dû être consacré presque exclusivement à la publication de l'index des travaux de l'année. Nous profitons de la circonstance pour annoncer à nos lecteurs un changement important dans la direction, avec le premier numéro de la troisième année.

L'ADMINISTRATION.

REVUE DES JOURNAUX

Un cas de pleurésie gonorrhéique

Voilà certainement une espèce d'inflammation bien imprévue. On parle constamment de gonorrhée des organes génitaux, ce qui est des plus naturel, de gonorrhée oculaire, ce qui se comprend fort bien ; on parle aussi de rhumatisme et de péritonite gonorrhéique. Mais la pleurésie gonorrhéique, qui eût songé ! J'en ai cependant observé un cas caractérisé et, à cette occasion, j'ai feuilleté de nombreuses publications médicales, afin de rechercher si d'autres médecins avaient relaté des cas semblables.

J'ai eu ainsi l'avantage de savoir que mon malade n'était pas unique en son genre, il existe même dans la littérature des cas de pneumonies, de maladies de cœur qui ne sont dues qu'au développement du gonocoque de Neisser.

Les ouvrages classiques déclarent que la pleurésie secondaire provient de pneumonies, de péricardites ou de rhumatismes préexistants, ou encore d'une complication de la variole, de la scarlatine et de la tuberculose ; le mal de Bright et l'alcoolisme favorisent souvent cette localisation, il faudra ajouter à cette nomenclature la blennorrhagie comme cause possible.

Le malade dont il s'agit est un jeune homme de 24 ans, présentant tous les symptômes de la pleurésie, frissons, point-de côté et fièvre. Il avait 40 mouvements respiratoires à la minute, un pouls faible et rapide, la toux et les mouvements exaspéraient fortement les douleurs. L'auscultation, la palpitation et la percussion montraient qu'il s'agissait bien d'une pleurésie.

Le médecin traitant croyant à une tuberculose du poumon et me l'avait envoyé pour l'examiner au moyen des rayons X, afin de s'assurer de l'existence du foyer et en même temps de vérifier le diagnostic et de fixer les limites du mal.

Il n'y avait pas de tuberculose, mais je trouvai tout autre chose, je remarquai que l'image des organes génitaux avait un singulier aspect et je reconnus bientôt que le malade avait une épépidymite méconnue.

Lui-même ne se souvenait pas d'avoir jamais eu une blennorrhagie, mais il finit par se rappeler que pendant un certain temps il avait un peu de sécrétion purulente au méat.

L'examen des crachats n'avait pas encore été pratiqué, nous le fîmes, et à notre grande stupéfaction au lieu de trouver un résultat négatif ou tout au moins les bacilles tuberculeux, nous vîmes une quantité notable de microcoques de Neisser (gonorrhée). Des cultures subséquentes vinrent nous assurer de la chose.

La pleurésie guérit en 8 semaines sans autres complications, l'épidymite et l'urétrite furent traitées suivant les procédés en usage.

L'an dernier, le Dr Fisher, de Chicago, a publié un cas analogue. Il s'agissait d'un jeune homme de 26 ans ; c'était un machiniste grand et vigoureux ayant une hérédité irréprochable. Quatre

ans auparavant il avait eu une gonorrhée, et n'avait plus été malade depuis cette époque. En mars il fut traité pour une pleurésie, mais la ponction ne donna pas de résultat.

On reconnut qu'il avait un très léger écoulement urétral qui cessa pendant cette pleurésie. Après trois semaines de maladie les symptômes généraux s'accrochèrent et il cracha beaucoup de pus. Cette expectoration fourmillait de gonocoques. En octobre, le malade se considérait comme guéri.

Comment peut-on expliquer ces localisations imprévues ? Il faut bien admettre qu'il y a un certain degré de pyémie, que les microbes pénètrent dans le courant circulatoire à la faveur d'une érosion inflammatoire ; alors ils vont se déposer quelque part, dans le *locus minoris resistentiæ*, souvent dans une articulation, quelquefois dans le péritoine, parfois dans la plèvre.

ANDERS a trouvé le gonocoque dans les exsudats de l'endocardite, HERING et COUNCILMAN dans le myocarde. Souvent il existe toute une série de complications ; il y a concomitamment ou consécutivement, rhumatisme, iritis, endocardite, etc.

(Traduit de *The Journ. of the Amer. Medical Assoc.*)

par M. le Dr A, BIENFAIT.

(Gazette méd. Belge.)

A Courtade

DU VERTIGE DE MÉNIÈRE

Étiologie. L'étiologie de cette affection est très obscure et il est impossible de déterminer, exception faite de la forme secondaire ou traumatique, dont la pathogénie est évidente, si les malades ne présentaient pas antérieurement quelques troubles congestifs qui préparaient la rupture de petits vaisseaux labyrinthiques, car les malades ne viennent consulter qu'après l'attaque, les troubles légers prémonitoires étant regardés comme insignifiants.

Ménière avait observé que la maladie frappait assez souvent les rhumatisants ou les goutteux ; cela tient à plusieurs causes ; d'abord ces états diathésiques sont très fréquents ; d'autre part, ils peuvent déterminer des fluxions vives, rapides ou même des hémorragies pour peu que les parois vasculaires soient altérées : il en est de même, d'ailleurs, de la syphilis, de l'albuminurie.

Ce même auteur n'hésite pas à regarder certaines migraines comme d'origine labyrinthique lorsqu'elles se présentent avec des vomissements, du vertige ; souvent la surdité incurable en est la suite ; il croit même que l'hémorragie labyrinthique est une des causes des plus efficaces de la surdité absolue chez les enfants en bas âge.

Pronostic. La gravité de cette affection varie suivant les cas ; si parfois elle a été suivie d'une mort rapide, comme dans les cas de Ménière très incomplètement relatés, on peut dire qu'en général elle ne compromet pas l'existence ; il n'en est plus de même de l'audition qui, le plus souvent, est diminuée à chaque attaque nouvelle et qui finit par disparaître : cette terminaison fâcheuse d'une fonction sensorielle est compensée ordinairement par la cessation du vertige et des bourdonnements qui tourmentent les malades.

Il est des cas, cependant, où la fonction auditive est peu touchée au moins pendant les premières attaques de vertige ou bien ne l'est que temporairement ; on peut supposer, car la preuve anatomique n'en est pas faite, que les canaux demi-circulaires sont seuls le siège de la congestion ou de la transsudation et que le limaçon n'a été que très peu ou pas atteint ; il est encore d'autres cas où, bien que toutes les parties de l'oreille interne soient lésées, la guérison survient après un traitement bien dirigé.

Traitement. Laissant de côté le vertige de Ménière, secondaire à une affection du conduit ou de la caisse du tympan dont le traitement médical ou chirurgical est subordonné à la nature des