

LA CLINIQUE

III^{ème} ANNÉE

MARS 1897

No 8.

REPRODUCTION

FORMES CLINIQUES DE LA TUBERCULOSE INTESTINALE

Par L. GALLIARD, médecin de l'hôpital Tenon

I

Maladie lente, ulcération, iléo-cæcale, telle est, dans la majorité des cas la tuberculose de l'intestin.

Au point de vue clinique, quelle sera la signification de cette formule ?

Maladie lente : début insidieux, résistance aux médicaments, amaigrissement, débilité, cachexie.

Ulcérations : diarrhée, hémorragies, perforations, rétrécissement cicatriciel, occlusion intestinale.

Localisation iléo-cæcale : douleur au niveau de la fosse iliaque droite. Tumeurs de cette région.

Avec ces traits-là on ne constituerait pas un tableau clinique, mais on dessinerait une ébauche très convenable.

Assurément, l'ébauche n'est pas suffisante. Pour satisfaire notre curiosité scientifique, nous demandons qu'on nous donne de la précision dans les détails. Nous voulons la reproduction exacte du malade et, si possible, son image vivante,

II

Si l'on cherchait à étudier un parallélisme entre les lésions et

les symptômes de la tuberculose intestinale on commettrait parfois de singulières erreurs.

Voici deux exemples :

1. Rendu observe en 1889 un cocher de fiacre âgé de 35 ans, atteint de tuberculose pulmonaire et laryngée, présentant un ventre ballonné et douloureux à la pression, souffrant d'une opiniâtre constipation : matières dures, sèches, ovillées, nécessitant l'emploi de lavements.

En présence de ces signes, Rendu exclut l'hypothèse de la tuberculose intestinale et admet des tubercules péritonéaux. Or, à l'autopsie voici ce qu'il constate : quelques granulations discrètes du péritoine ; dans l'intestin grêle des ulcérations disséminées, *au nombre de plus d'une centaine*, depuis le pylore jusqu'à la valvule de Bauhin, ulcérations profondes taillées à l'emporte-pièce, dont les plus grandes, mesurant 4 à 5 centimètres de longueur, forment des anneaux presque complets, rétrécissent l'intestin ; ces ulcérations sont tellement multipliées que sur un segment de 35 centimètres on en compte 19 ; dans le gros intestin, presque rien, sauf au voisinage de la valvule.

2. Litten relate, en 1885, l'observation d'une phthisique chez qui il a constaté de la diarrhée et les symptômes vulgaires de l'ascite. Le ventre est très distendu ; il y a du tympanisme, une matité qui se déplace dans les différentes positions du ventre et de la fluctuation. On admet donc une tuberculose ulcéreuse de l'intestin, compliquée de péritonite tuberculeuse avec épanchement. Quel est le résultat de l'autopsie ? D'abord absence complète de liquide ascitique. L'abdomen renferme six grandes poches, dont l'aspect rappelle celui de l'estomac rétrodilaté dans le carcinome du pylore, qui sont absolument semblables les unes aux autres, et qui résultent de l'ectasie de six segments de l'iléon, séparés par des rétrécissements cicatriciels, presque infranchissables. Ces poches n'ayant contracté aucune adhérence et jouissant d'une parfaite mobilité se déplaçaient avec leur contenu liquide : de là les symptômes d'ascite. On constate des ulcérations sur les segments dilatés ; et il a bien fallu que ces ulcérations jouassent un rôle dans la liquéfaction du contenu intestinal pour qu'avec une telle sténose la malade n'ait jamais eu d'obstruction de l'iléon.

Voilà donc la constipation dans un intestin criblé d'ulcérations, la diarrhée dans un organe qui mériterait la place d'honneur si l'on créait le musée des rétrécissements intestinaux.

Distinguer les formes d'après les lésions anatomiques ce serait admettre :

Une forme *ulcéreuse*, commune ; une forme *non ulcéreuse*, rare ; une forme *entéro-mésentérique* (carreau des enfants).

Les distinguer d'après l'évolution de la maladie, ce serait admettre : une forme *lente*, commune ; une forme *rapide* ; une forme *aiguë* ou *typhoïde*, rare.

Ici la meilleure classification est celle qui repose sur les symptômes prédominants : la diarrhée ou l'arrêt des matières. Laissant de côté la forme *latente* démontrée par des observateurs autorisés (Lebert, Leube) mais exceptionnelle, je distinguerai trois formes : *diarrhémique*, *dysentérique*, *coprostatique*.

III

1. *Forme diarrhémique*. C'est la forme commune. La diarrhée n'a manqué que 5 fois sur 115 dans un relevé de Louis. Annoncée par des coliques douloureuses, elle est généralement secondaire à la tuberculose du poulmon.

Parfois elle débute d'une façon brusque et s'installe d'emblée avec une intensité singulière ; elle résiste à tous les médicaments. C'est une diarrhée *de long cours* (Louis, Chomel). On peut la voir alterner avec les sueurs ; Graves caractérisait le phénomène par ce mot : *sueurs intestinales*. Quant au prétendu balancement qui existerait entre les déterminations thoraciques et la diarrhée des tuberculeux, je le repousse avec énergie. D'après mon observation personnelle, la diarrhée n'arrête jamais l'évolution du processus pulmonaire ; elle constitue une complication formidable et rien de moins. Peut-être lui attribuera-t-on la diminution passagère des crachats et la résorption de certains épanchements de la plèvre, mais le malade n'y gagnera pas grand'chose : la tuberculose continuera son évolution, soit dans la séreuse, soit dans le parenchyme pulmonaire.

Lorsque, chez l'*adulte*, la diarrhée fournit le premier symptôme de la tuberculisation, le diagnostic est difficile. On peut songer à l'entérite aiguë simple, à l'entérite chronique, aux diarrhées parasitaires, à la diarrhée de Cochinchine, aux diarrhées toxiques. Pour faire le diagnostic on recherchera dans les déjections le bacille de Koch ; on tiendra compte de la nature des matières évacuées : d'abord demi-solides et bilieuses, puis muqueuses, aqueuses, grisâtres, assez souvent noircies par le sang mélangé, très fétides. On tiendra compte de la fièvre ; Trousseau dit avoir vérifié souvent la proposition de Chomel : toute diarrhée rebelle liée à la fièvre et aux sueurs est d'origine tuberculeuse. On tiendra compte de la déchéance progressive, de l'amaigrissement, de la pigmentation de la face que Gueneau de Mussy signalait avec insistance et qui doit se distinguer de ce qu'on observe dans la maladie d'Addison.

Chez les *vieillards* l'auscultation des poulmons est souvent difficile, les lésions pulmonaires échappent, la nature exacte de la diarrhée

est méconnue. Durand-Fardel a fait l'autopsie d'une femme de 83 ans, reléguée, à la Salpêtrière, dans une salle de gâteuses, et depuis longtemps atteinte de dévoïement. Le gros intestin, très épais, offrait un grand nombre de petites ulcérations arrondies, comme faites par un emporte-pièce, de diamètres variables, multipliées surtout à la partie supérieure de l'organe ; à la fin de l'intestin grêle une seule ulcération, mais large et profonde. Bien que l'auteur n'ait constaté dans l'intestin ni dans les ganglions mésentériques aucune trace de matière tuberculeuse, je suis tenté d'admettre, dans ce cas, la phtisie intestinale, car les lobes supérieurs des deux poumons contenaient des tubercules.

Dans son beau travail sur la tuberculose sénile, Barié (*Rev. de méd.*, 1896), signale la diarrhée comme un symptôme fréquent ; il l'attribue plus souvent à l'entérite simple qu'aux ulcérations tuberculeuses.

Chez les *enfants*, la diarrhée initiale n'est pas rare. Elle ne s'accompagne pas toujours de douleurs et de coliques. Le ventre se ballonne et la palpation révèle une tuméfaction souvent considérable des ganglions mésentériques ; les masses ganglionnaires compriment les ramifications de la veine porte et causent l'ascite ; comprimant la veine cave inférieure elles causent l'œdème des membres inférieurs, la dilatation du réseau veineux sous-cutané.

La *tuméfaction de la fosse iliaque droite* permet de reconnaître la typhlite et la pérityphlite tuberculeuses. Duguet a établi le diagnostic d'une façon précise (Thèse de Spillmann, 1878) chez un phtisique âgé de 30 ans. Le malade se plaignait de coliques fort pénibles et de douleurs localisées à la fosse iliaque droite. On constatait là une tumeur facile à saisir et à isoler par la palpation, grosse comme un œuf de dinde, un peu allongée à surface inégale, rénitente et mate à la percussion. Elle était séparée de l'épine et de la crête iliaques par une distance de deux travers de doigts, peu mobile. Les évacuations étaient toujours liquides, pas toujours très abondantes, jamais noires.

À l'autopsie, la paroi abdominale antérieure adhérait à la tumeur par des fausses membranes fibrineuses au milieu desquelles on reconnaissait des granulations tuberculeuses disséminées. Sur toute la surface du péritoine on voyait des granulations discrètes ; quelques verres de liquide citrin dans la séreuse. En ouvrant l'intestin, on trouvait d'abord quelques ulcérations isolées de l'iléon ; puis dans le dernier segment, des ulcères larges, profonds, se prolongeant dans le cæcum de telle manière que la valvule était presque entièrement détruite. Cette portion de l'iléon et le cæcum étaient confondus dans une sorte de gangue où l'on distinguait de dehors en dedans ; des fausses membranes fibrineuses, des granu-

lations tuberculeuses grises et jaunes, les parois très épaissies de l'intestin, un magma formé par des tubercules ramollis et des débris de la muqueuse prête à se détacher. Peu de chose dans le reste du gros intestin.

Il est impossible de montrer par un meilleur exemple ce que peut être la tuberculose ulcéreuse iléo-cœcale avec sclérose de la paroi et pérityphlite spécifique. On est exposé à la confondre avec le cancer du cœcum à forme diarrhœique.

La marche de la tuberculose intestinale à forme diarrhœique est lentement progressive. Elle peut s'interrompre brusquement sous l'influence d'une complication mortelle : hémorrhagie, perforation. Elle peut être contrariée par un processus réparateur : les ulcérations se cicatrisent.

D'après Grancher et Hutinel (*D.ct. encycl. des sciences méd.*), la sclérose qui se produit au-dessous des ulcérations est comparable à celle qu'on observe autour des cavernes pulmonaires ; elle ne constitue pas un processus curatif. Cette sclérose sténosante sous-ulcéralive, apporte plus souvent, en effet, une complication redoutable qu'une guérison de la maladie. Mais on ne peut nier absolument la possibilité d'une réparation cicatricielle. Laveran (*Thèse de Spillmann*) a suivi les phases successives de cette réparation dans l'intestin d'un phtisique du Val-de-Grâce emporté par des accidents méningés : le cœcum présentait des ulcérations tuberculeuses en voie de cicatrisation, tandis que le côlon ascendant offrait des cicatrices transversales indurées et pigmentées. Dans le fait que je citais tout à l'heure, et dans deux autres observations publiées en même temps, Litten n'a pas hésité à admettre des cicatrices dignes de ce nom.

La cicatrisation est nettement signalée chez des sujets autopsiés par Gueneau de Mussy, Virchow, J. Renaut, Guttmann, et d'autres.

IV

2. *Forme dysentérique.*—C'est à Laveran et à Spillmann que nous devons la connaissance exacte de cette forme rare, dont les lésions, correspondraient en partie à la colite diphtéritique de Lebert. Le mot *colite* ne convient pas puisque les altérations atteignent l'S iliaque et le rectum. Quant à l'épithète *diphthérique* elle créerait des confusions.

Un homme de 24 ans, observé par Laveran, n'offrant pas de signes bien nets de tuberculose pulmonaire entre au Val-de-Grâce, pour une diarrhée tenace, le 25 novembre 1877. Il a le ventre un peu ballonné, douloureux à la pression, surtout au niveau des fosses iliaques ; selles liquides et brunâtres, n'offrant ni les mucosités, ni le sang rouge, ni les aiguillules de la dysenterie ; tous les soirs un

accès fébrile. A partir du 20 janvier 1878, les symptômes s'aggravent ; le malade est obligé de se lever toutes les 20 minutes, puis toutes les 10 minutes. Le 21 janvier il a des selles involontaires. Il succombe le 28 janvier. On trouve quelques granulations tuberculeuses disséminées dans les deux poumons.

L'épiploon est soudé à la paroi abdominale ; le péritoine est semé de petites granulations saillantes ; la fosse iliaque droite présente un foyer gangréneux dû sans doute à une perforation ; le gros intestin ouvert et étalé présente des lésions anatomiques que la *simple vue ne saurait faire distinguer de celle de la dysenterie*. Muqueuse boursoufflée, rouge sombre, présentant une série d'ulcérations à fond déchiqueté, noirâtre, mettant à nu la tunique musculuse de l'intestin. La valvule iléo-cæcale ne peut être examinée car elle forme avec les portions voisines un amas putrilagineux. Dans l'intestin grêle il n'y a que quelques petites ulcérations arrondies.

Il suffit de lire cette observation pour se renseigner sur l'aspect clinique de cette forme spéciale au gros intestin, sur sa rapide évolution, sur les lésions qu'elle détermine.

La *rectite ulcéreuse* peut donner naissance à des désordres qui se rapprocheront de ceux-là. Elle s'est compliquée chez un enfant, sous les yeux de Reimer, d'hémorragie mortelle.

V

3. *Forme coprostatique*. Les chirurgiens nous ont montré par une série d'opérations heureuses l'intérêt qui s'attache au diagnostic précis de cette forme, trop délaissée jusqu'à ces dernières années. Il faut savoir, en effet, que, si l'arrêt des matières peut survenir à la suite du flux diarrhéique sous l'influence de la cicatrisation ou de la sclérose sous-ulcéralive non cicatricielle, la tuberculose iléo-cæcale se manifeste parfois aussi par une constipation initiale. Les chirurgiens qui voient là une tuberculose fibreuse localisée, comparable au lupus de la face, sont autorisés dès lors à proposer la résection hâtive de l'intestin sténosé.

L'analogie des lésions intestinales et des lésions de la face a été mise en évidence par Darier. Cet auteur a démontré que la sclérose de l'intestin pouvait se développer primitivement au-dessous d'une muqueuse saine, non ulcérée, non cicatrisée. Il a constaté dans l'intestin grêle d'une phtisique 8 rétrécissements échelonnés, en forme de diaphragmes valvulaires assez minces, percés d'un orifice central extrêmement étroit, au niveau desquels la muqueuse était à peu près saine. Or le tissu sous-muqueux était remplacé par une bride fibreuse circulaire dans laquelle on découvrait quelques follicules tuberculeux très nets ; la rétraction de cette bride fibreuse ayant

étranglé l'intestin, les surfaces séreuses voisines s'étaient accolées et avaient renforcé l'anneau scléreux. Comme le sujet présentait en même temps une tuberculose fibreuse des poumons et un lupus de la face, il était naturel de rapprocher les unes des autres ces déterminations pulmonaires, faciales et intestinales du processus sclérosant.

Sachs avait évidemment raison de déclarer, en 1892, que les altérations initiales du *lupus des muqueuses*, décrites dans la langue et dans le larynx, sont difficilement surprises dans l'intestin.

Le fait publié par lui est particulièrement intéressant parce qu'il montre un *lupus intestinal* non pas multi-annulaire et par conséquent inopérable, comme celui de Darier, mais iléo-cæcal, circonscrit et par conséquent opérable.

On le comparera utilement à ceux qu'ont relatés dans notre pays Bouilly, Hartmann, Terrier, Broca, Reclus, Richelot, Thiéry.

Le sujet opéré par Sachs était une femme de 41 ans, qui depuis 2 ans maigrissait, et qui, depuis le début de l'année 1891, éprouvait une constipation pénible avec de la dysurie. Le 25 octobre, on constatait une tumeur de la région rénale droite et une tumeur grosse comme le poing située dans la fosse iliaque du même côté. L'auteur admit un *carcinome du cæcum* compliqué d'hydronéphrose. Le 12 novembre il réséqua le cæcum avec 9 centimètres de côlon et 8 centimètres d'iléon. La malade se rétablit et, le 12 décembre, on constatait la disparition de l'hydronéphrose.

En examinant la pièce, on voit qu'il y a d'abord un rétrécissement annulaire de l'iléon, ensuite une tumeur iléo-cæcale.

1. Au niveau du rétrécissement annulaire de l'iléon situé à 4 centimètres de la tumeur, la paroi a une épaisseur de 5 millimètres ; elle est constituée par un tissu induré dans lequel sont également répartis des tubercules profonds ou soulevant la séreuse ; la muqueuse est presque complètement détruite ; sur un point seulement on trouve quelques glandes de Lieberkühn.

2. La tumeur représente une orange qui serait percée d'un canal central long de 4½ c. et n'admettant pas une sonde de 6 millimètres de diamètre : c'est à cela que se réduit la lumière de l'intestin. A la coupe, cette tumeur est dure et sèche, privée de suc. Elle est située exactement au niveau de la valvule iléo-cæcale, laquelle a disparu entièrement. On n'y trouve pas trace de muqueuse. Le tissu conjonctif est fortement infiltré de petites cellules au milieu desquelles existent quelques foyers de cellules épithéliales.

La sous-muqueuse et la musculieuse ne peuvent se différencier, la plus grande partie de ces tuniques étant infiltrée de petits tubercules. Peu de cellules géantes. Pas de dégénérescence caséuse. Les tubercules ne pénètrent pas dans la séreuse.

Les ganglions mésentériques extirpés avec l'intestin contiennent de petits tubercules formés surtout de cellules épithélioïdes avec un grand nombre de cellules géantes ; pas de caséification.

En résumé, tuberculose scléreuse sténosante localisée ; absence de caséification dans les tubercules pariétaux mais destruction de la muqueuse tandis que, dans le fait de Darier, la muqueuse était à peu près respectée. D'après Sachs, *lupus de l'intestin*.

Kocher a opéré, en 1888, une femme âgée de 25 ans, atteinte depuis sept années d'iléus intermittent et chez qui la présence de ganglions tuberculeux du cou pouvait mettre sur la voie du diagnostic ; elle portait une tumeur de l'intestin grêle. Tumeurs iléo-cæcales tuberculeuses dans trois cas de Czerny ; on avait cru, chez un des opérés, au rein mobile douloureux, chez un autre au cancer du cæcum ; les trois malades n'avaient pas souffert d'obstruction complète mais seulement de coprostase pénible.

Ne négligez jamais le toucher rectal : Sourdille a montré que la tuberculose sousmuqueuse du rectum pouvait être le point de départ d'un rétrécissement fibreux. Il faut donc admettre le *lupus rectal* de même que le *lupus iléo cæcal*.

Lorsqu'on sera en présence d'une constipation par rétrécissement intestinal chez un malade soupçonné ou convaincu de tuberculose, il faudra rechercher si la constipation est primitive ou si elle a été précédée de diarrhée. La chose me paraît être d'une importance capitale au point de vue du diagnostic, du pronostic et des indications thérapeutiques.

A. *Coprostase primitive* : tuberculose scléreuse sténosante (*lupus intestinal*) ; ulcérations absentes ou discrètes ; processus fibreux localisé et, par conséquent, s'il y a tumeur, cette tumeur est opérable.

B. *Coprostase succédant à la diarrhée* : tuméfaction de la valvule iléo-cæcale (Klebs, Gornil), phlegmon diffus de la paroi cæcale (Duguet), sclérose sous-ulcérate (Corbin, Leudet, Rintel), sclérose du cæcum avec ulcérations et productions papillomateuses rappelant celles du cancer (Billroth, Pilliet, Hartmann, R. Marie), sclérose du rectum (Sourdille), rétrécissements cicatriciels (Litten). Ici le processus scléreux est consécutif, à l'ulcération ; il y a probablement encore des ulcérations multiples de l'intestin ; la tuberculose est donc moins bien localisée que dans la variété précédente. S'il y a tumeur, les chances de succès opératoire sont moins grandes que si la coprostase n'avait pas été précédée de diarrhée.

VI

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES. — Je me suis contenté d'examiner les formes cliniques principales de la tuberculose de l'intestin. Je n'ai pas envisagé les complications éventuelles (péritonite tuber.

culeuse, péritonite aiguë par perforation, péritonite localisée par perforation, fistules stercorales, phlegmons, gangrène, hémorragies intestinales). Très intéressantes au point de vue anatomique, ces complications défient généralement l'action thérapeutique qui n'a de prise que sur la tuberculose intestinale non compliquée : encore faut-il que les lésions soient discrètes.

On comprend aisément l'insuccès de nos remèdes lorsqu'il s'agit d'ulcérations innombrables, comme dans le cas de Reudu, ou de sténoses multiples, comme dans les faits de Litten et de Darier. En vain prescrivons-nous l'opium, la morphine, le sous-nitrate de bismuth, l'acide lactique, le nitrate d'argent, les astringents, les lavements créosotés : la maladie suivra son cours.

En attendant la découverte d'une médication spécifique, c'est seulement contre les tuberculoses localisées que nous luttons avec quelques chances de succès. Pour ce qui concerne l'intestin, il n'existe qu'un procédé héroïque : l'exérèse.

Avant de pratiquer la résection de l'anse malade, il faut ausculter les poumons, examiner les ganglions, analyser l'urine, rechercher dans les crachats et dans les déjections le bacille de Koch, se préoccuper des sueurs nocturnes et de la fièvre vespérale.

Je n'armerai la main du chirurgien que si je puis attribuer à une *tuberculose fibreuse localisée* la sténose de l'intestin.

La constatation d'une tumeur de la fosse iliaque droite fournira de précieux renseignements au point de vue du siège de l'obstacle. Sur les 17 cas de la statistique de Sachs, la tumeur appartenait 13 fois au segment iléocœcal, 2 fois au côlon ascendant (Durante), 2 fois à l'intestin grêle (Kocher, König.)

Plusieurs fois (Czerny, Billroth, Gussenbauer, Sachs) on avait admis le cancer du cœcum. Dans des cas de Péan, Reclus, Richelot, Broca, Tillaux, Czerny, Fink, le diagnostic de tuberculose de cœcum avait été précisé avant l'opération.

Les résultats publiés sont encourageants.

Les faits se multiplieront lorsqu'on aura appris à mieux connaître la *tuberculose fibreuse, sténosante, idæo cœcale*, le *hupsus de l'intestin*.

ARRÊT SUBIT DES RÈGLES PAR L'IMPRESSION DU FROID.

Quand durant l'époque menstruelle, une femme prend froid, et que les règles arrêtent subitement avec ou sans douleurs, quelques doses d'une cuillerée à thé d'Extrait de Poivre d'eau, agissent admirablement.

C'est presque un spécifique.

CLINIQUE GYNECOLOGIQUE

TRAITEMENT DES MÉTRITES

Par M. le Docteur LOUVENAIN

Les métrites demandent à être traitées énergiquement et d'une façon rationnelle ; pour y arriver, les moyens à employer doivent varier, ainsi que nous allons le voir, suivant le type morbide auquel on a affaire. Il n'existe donc pas un traitement des métrites, mais bien une série de moyens thérapeutiques applicables selon les cas divers qu'on observe dans la pratique.

Si, d'une façon générale, les métrites sont si longues à guérir, c'est que bien souvent elles sont mal traitées et que la véritable indication thérapeutique a été méconnue. Mais avant d'aborder la thérapeutique proprement dite, il nous semble utile de passer en revue les moyens prophylactiques à employer pour prévenir le développement des métrites.

L'origine des métrites étant toujours de nature infectieuse, il s'agit d'écartier tout élément infectieux. Les deux plus terribles ennemis contre lesquels l'organisme féminin ait à lutter sont le streptocoque, agent de la fièvre puerpérale, et le gonocoque, agent de la blennorrhagie.

Au point de vue puerpéral, il s'agit d'empêcher les germes extérieurs de pénétrer dans les organes génitaux de la femme ; c'est donc par un ensemble de mesures d'asepsie et d'antisepsie rigoureuses, faciles d'ailleurs à mettre en œuvre, qu'on prévient l'infection.

Rappelons sommairement les principales précautions à prendre : toilette des organes génitaux externes faite au savon et à la brosse ; injections vaginales au sublimé, à 1 pour 4.000, répétées plusieurs fois pendant la durée du travail ; toucher vaginal aussi rare que possible pratiqué avec des mains parfaitement aseptiques. En cas d'intervention, désinfection soigneuse de tous les instruments employés, etc., etc.

Après l'accouchement, une fois la délivrance terminée, nouvelle injection vaginale au sublimé ; et je profite de l'occasion pour déclarer que je ne puis partager l'avis de certains maîtres de l'obstétrique qui proscrivent aujourd'hui les injections vaginales pendant les suites de couches. Je crois, au contraire, qu'il est utile de donner à l'accouchée une injection matin et soir en se servant d'une

solution antiseptique faible ou même simplement d'eau bouillie. Cette pratique est à mon sens bien supérieure à celle qu'on veut actuellement imposer et qui consiste à faire de simples lavages vulvaires. L'injection a l'avantage d'agir au point de vue mécanique et de nettoyer les voies génitales ; il va sans dire qu'il ne faut se servir que d'eau stérilisée et de canules parfaitement aseptiques, mais c'est la chose du monde la plus simple. Il est, d'autre part, nécessaire que le séjour au lit soit suffisamment prolongé pour que le travail d'involution ait le temps de se faire ; et à cet égard, il est bon de ne permettre à la malade de quitter le lit qu'à la fin de la troisième semaine.

En ce qui concerne la blennorrhagie, la prophylaxie est infiniment plus difficile à exercer, on le comprend sans peine, car le mal vient du côté de l'homme : c'est donc au médecin qui soigne un individu atteint de chaude-pisse de lui faire toutes les recommandations nécessaires et de lui exagérer au besoin les dangers de rapports sexuels repris trop tôt.

Le coït ne devrait être permis à un blennorrhagique lorsque : 1. l'examen bactériologique ne révélera plus la présence du gonocoque ou de tout autre microbe ; 2. l'examen de l'urine fera constater l'absence de filaments et de grumeaux dans le deuxième verre de la miction, ce qui caractérise, comme on le sait, l'urétrite postérieure.

Malheureusement, ces recommandations resteront superflues la plupart du temps et je crois que les victimes de la goutte militaire ne sont pas près de diminuer de nombre.

Supposons maintenant la métrite constituée et voyons ce que nous avons à faire. Le traitement varie suivant la forme (aiguë ou chronique), les différentes variétés et l'état plus ou moins avancé des lésions.

La *métrite aiguë* succède en général à l'accouchement ou à l'avortement. Le meilleur traitement à appliquer en pareil cas, à mon avis, est sans contredit le curettage suivi d'injections intra-utérines. La curette, quoi qu'on en ait dit, enlève parfaitement, quand elle est bien maniée, tous les débris placentaires, même quand ils sont adhérents. D'autre part, du moment qu'elle est maniée par une main exercée et sans brusquerie, les dangers de perforation sont des plus minimes. Aussi je n'hésite pas à cureter les malades aussitôt que je suis appelé à les voir après leur avortement et toujours j'ai eu des succès.

D'autres gynécologistes, mais surtout les accoucheurs, préfèrent les injections intra-utérines continues. Cette méthode me paraît bien compliquée et d'une application peu aisée en ville ; peut-être dans une maternité est-elle excellente, mais dans la clientèle je la trouve peu pratique.

Je condamne également la méthode qui consiste à faire passer dans l'utérus, 2 ou 3 fois par jour, 3 ou 4 litres d'une solution antiseptique ; j'ai plusieurs fois été appelé auprès de malades chez qui ces irrigations intra-utérines avaient été faites pendant plusieurs jours par des confrères très consciencieux et que je devais néanmoins cureter pour arriver à détacher tous les débris placentaires que le simple lavage avait été insuffisant à entraîner.

En dehors du traitement local, quel que soit celui auquel on donne la préférence, il faut, bien entendu, donner de la quinine, des laxatifs doux et appliquer au besoin une vessie de glace sur le bas-ventre.

Passons maintenant au traitement de la *métrite chronique*. Je serai bref sur la méthode des cautérisations qui ne peut donner de bons résultats que si l'on voit la malade peu de temps après le début des accidents. Dans ce cas, avec de la patience et beaucoup de régularité, on peut arriver à guérir certaines métrites, en se servant soit de la teinture d'iode, soit plutôt de la glycérine créosotée. Mais dans la plupart des cas, les femmes ne viennent consulter que lorsqu'elles sont atteintes depuis plusieurs mois et même plusieurs années et alors l'inflammation n'est plus superficielle, elle a gagné la profondeur des glandes et non seulement les cautérisations sont inefficaces, mais elles sont même dangereuses et nuisibles. En effet, la suite de cautérisations répétées, il se fait au niveau des pseudo-ulcérations une cicatrice, le col s'épidermise, étouffant dans la profondeur des culs-de-sac glandulaires atteints d'inflammation chronique. La guérison qui survient alors n'est qu'apparente, car la malade souffre bientôt autant, sinon plus qu'avant.

Quant à la méthode qui consiste à traiter les métrites au moyen des cautérisations par les crayons au chlorure de zinc, elle est aujourd'hui jugée, et tous les gynécologistes ont eu l'occasion d'observer les épouvantables et désastreuses conséquences de cette méthode néfaste défendue avec tant d'ardeur par son auteur, M. Dumontpallier. J'ai vu, pour ma part, trois malades qui avaient été traitées par cette méthode et toutes trois avaient des douleurs abdominales atroces, causées par une atrésie du col. Chez deux, l'introduction de l'hystéromètre était absolument impossible et la troisième avait une oblitération complète du canal cervical avec rétention du liquide menstruel dans la cavité utérine ; cette malheureuse femme n'avait jamais vu ses règles depuis l'opération et souffrait le martyre à chacune de ses époques. J'ai dû lui faire une hystérectomie vaginale totale pour remédier à l'état dans lequel l'avaient mises les cautérisations avec le crayon de chlorure de zinc

et à l'intérieur de la matrice, j'ai trouvé une énorme quantité de caillots sanguins.

Quel est donc en somme, le véritable traitement des mérites ? Celui qui sans contredit est le plus en vogue aujourd'hui est le curettage de l'utérus. On en a même fait un abus inconsidéré, grattant d'une façon systématique toutes les matrices qui présentaient le moindre écoulement leucorrhéique.

Il en a été du curettage comme de toutes les opérations nouvelles, mais aujourd'hui on est revenu de cet emballement et les indications du curettage sont bien précises.

Quand il s'agit d'une endométrite cervicale et corporéale, avec utérus moyennement développé, sans lésions du col, le curettage et quelques soins post-opératoires suffisent en général pour avancer la guérison.

Si, au contraire, il s'agit d'une métrite cervicale chronique invétérée, avec ectropion de la muqueuse et dégénérescence sclérokystique du parenchyme, le curettage ne devra être que l'opération initiale, qu'il faudra compléter par le traitement chirurgical à diriger contre le col.

En somme, le curettage est indiqué dans la plupart des métrites chroniques, soit isolément, soit conjointement avec une amputation du col.

Je n'ai pas l'intention d'entrer dans cette revue sur tous les détails de l'opération du curettage, me réservant de revenir sur ce sujet dans un prochain article, mais je veux insister dès maintenant sur les soins consécutifs qui sont trop souvent négligés et desquels dépend pourtant la réussite absolue et définitive de l'intervention.

Quinze jours après l'opération, je permets à la malade de se lever. Est-ce à dire qu'il n'y a plus rien à lui faire et que du jour au lendemain on puisse la quitter sans la revoir ? Il est bien évident que ce n'est pas par une seule application de caustique que l'on peut espérer modifier cette muqueuse qui est malade depuis des années. La curette a bien enlevé toute la partie superficielle et une portion de la sous-muqueuse, mais il n'en reste pas moins de culs-de-sac glandulaires malades. Aussi est-il essentiel de ne pas abandonner ces malades trop tôt et il faut pendant quelque temps continuer à porter au contact de la muqueuse des substances antiseptiques, en faisant deux ou trois fois par semaine un badiageon de la cavité utérine avec la glycérine créosotée, la teinture d'iode ou le chlorure de zinc.

Y a-t-il des contre-indications au curettage ?

Assurément oui, mais elles sont peu nombreuses.

Les lésions légères des annexes ne rendent pas le curettage impraticable et, au contraire, elles ne sont qu'amendées.

Mais l'existence d'un pyo-salpinx constitue une contre-indication absolue, à cause du danger de rupture qui entraînerait une péritonite suraiguë consécutive.

Je ne crois pas que la périmétrite soit un obstacle au curettage.

Comme nous le disions plus haut, les opérations sur le col sont dans certains cas, le complément indispensable du curettage. S'il s'agit de l'endométrite cervicale glandulaire, contre laquelle la curette seule est insuffisante, il faut recourir à l'opération de Bouilly, qui consiste à faire suivre le curettage de l'excision de la muqueuse cervicale pratiquée sur les deux lèvres, en ménageant aux deux angles une bande de tissu muqueux qui s'oppose au rétrécissement de l'orifice dans l'avenir.

La conduite à tenir est toute différente dans les métrites parenchymateuses à gros cols déchirés. Contre ces cols entr'ouverts, fendus, largement ectropionnés, cicatrisés ou nou, il faut employer le bistouri. Le problème consiste à supprimer une partie de la muqueuse avec tous ses éléments plus ou moins malades et dégénérés. L'amputation du col par la méthode de Schröder, combinée au besoin à la réparation de la déchirure par le procédé d'Emmet, fournit ici les plus brillants résultats. Ces opérations sont délicates et exigent de la minutie, mais elles ne sont pas difficiles et pour peu qu'on ait l'habitude de les pratiquer on n'a jamais à craindre l'atrésie consécutive qu'on redoutait beaucoup autrefois.

Enfin, dans certains cas, outre la métrite et la dégénérescence scléro-kystique du col, on se trouve en présence d'un véritable effondrement du plancher périnéal, dû à une rupture du périnée ; il y a alors cystocèle, rectocèle et abaissement utérin. Pour remédier à tous ces désordres, il convient de pratiquer : le curettage, l'amputation du col, la colporrhaphie antérieure et la colpopérinéorrhaphie. Ces multiples opérations, qui peuvent être pratiquées dans la même séance, donnent les plus brillants résultats.

Quelle que soit l'opération qu'on ait dû pratiquer, il est utile d'insister, une fois la guérison obtenue, sur la nécessité de continuer les injections vaginales *bien faites*. Ce n'est pas une précaution inutile, car nombre de femmes se hâtent, une fois guéries par une opération qu'elles ont subie souvent après bien des insistances et un peu contre leur gré, de ne plus prendre d'injections. C'est un grand tort, nous ne saurions trop le répéter.

Il faut, en outre, s'occuper, une fois l'état local remis en ordre, de l'état général et soigner le système nerveux et l'estomac de ces malades. Grâce à l'ensemble de toutes ces précautions, il n'est pas rare de voir survenir assez promptement une grossesse sur laquelle on n'osait plus compter, et l'accouchement, malgré les opé-

rations sur le col, se fera normalement, sans que le travail soit en rien modifié.

Telles sont les considérations cliniques et thérapeutiques que je voulais développer sur les métrites ; en se convainquant bien des idées que nous avons émises et qui sont celles admises aujourd'hui par tous les gynécologistes, on arrivera à d'excellents résultats dans le traitement de cette affection si fréquente et si rebelle, la métrite.

TRAITEMENT DES BRULURES CHEZ LES ENFANTS

Grâce aux progrès de l'antisepsie, le praticien ne peut se borner à l'emploi de l'ancien liniment oléo-calcaire dans les brûlures très fréquentes, graves, d'une certaine étendue, voire même peu profondes.

Il faut distinguer les *brûlures superficielles* et les *brûlures profondes*.

A. *Brûlures superficielles*. Elles comportent :

1. Les brûlures au premier degré et de peu d'étendue. Le traitement consiste en lotions avec l'eau bouillie tiède ou chaude, suivie de l'application de compresses de tarlatane pliée en 5 ou 6 doubles, imbibées de la solution suivante :

Acide borique.....	10 grammes.
Antipyrine.....	6 —
Eau stérilisée.....	250 —

En même temps, on fera des pansements avec une pommade ainsi formulée :

Acide borique.....	3 grammes.
Antipyrine	1 à 2 —
Vaseline.....	30 —

2. Les brûlures au deuxième degré et de petite étendue. Même traitement. Percez simplement les phlyctènes dans leur partie déclive.

3. Les brûlures aux deux premiers degrés, étendues à un membre non couvert de vêtements (main, avant-bras).

Plongez le membre dans un bassin d'eau bouillie tiède, dont la température est abaissée progressivement et faire la toilette antiseptique du membre avec de l'eau et du savon, puis avec de l'eau phéniquée à 2 0/0 et, enfin, percer les phlyctènes sans les enlever. En cas de douleur, pansement humide avec des compresses de tarlatane imbibées d'une solution boriquée saturée, avec 4 à 10 grammes de laudanum de Sydenham. Après cela, appliquer la pommade de Reclus :

Iodoforme.....	1 gramme.
Antipyrine.....	} à 5 grammes.
Acide borique	
Vaseline.....	50 —

LES THEORIES PATHOGENIQUES DE LA GOUTTE

M. Dans une revue générale que publie la *Gazette des Hôpitaux*, M. le Dr F. Toussaint, d'Hyères, passe en revue les théories pathogéniques de la goutte. Cette affection est l'une des plus anciennement connues et cependant on n'est pas encore définitivement fixé sur sa nature. Les hypothèses qui ont été bâties sur elles sont nombreuses et plusieurs paraissent se rapprocher de la vérité. On connaît aujourd'hui les raisons primordiales de la goutte et on sait que l'acide urique, en excès dans le sang, est un fait presque constant chez les gouteux. D'autre part, par suite d'études cliniques plus complètes, on est parvenu à grouper un ensemble de phénomènes morbides fort dissemblables à première vue, mais d'une affinité telle avec la goutte, que l'on doit se faire une conception moins abstraite qu'anciennement. Vu les documents difficiles à interpréter que l'on possède, on écrivait, il y a peu de temps encore, avec un scepticisme exagéré, que, malgré tous les travaux modernes, les Romains en savaient autant que nous.

Aucune théorie ancienne ne présente de base suffisamment solide pour qu'on s'y arrête et n'ont, en somme, qu'un intérêt historique. Toutes les théories, jusqu'aux travaux de Garrod, qui ont trait à la pathogénie, ne sont que les résultats d'idées préconçues et n'ont aucune valeur scientifique sérieuse.

On a confondu longtemps, anciennement, la goutte et le rhumatisme sous le nom d'*arthritis*, bien que les deux maladies existaient, avec les accès de goutte et de tophus d'une part, et d'autre part avec les lésions caractéristiques du rhumatisme déformant.

Les théories anciennes de la goutte peuvent se ranger en deux groupes : les théories solidistes et les théories humorales. D'après les solidistes, parus à la fin du XII^e siècle, les uns, avec Boerhave et Van Swieten, considèrent la goutte comme une affection de l'estomac ; les autres, comme une maladie du système nerveux, sans que rien démontre l'existence d'un principe morbifique spécial à la goutte. Cullen a prétendu que la goutte est une pléthore avec atonie des extrémités et que les tophus étaient purement accidentels.

Les théories humorales, de date beaucoup plus ancienne, furent celles de tous les médecins de l'antiquité. Tous, au XII^e et XVIII^e siècle, attribuaient la formation des concrétions gouteuses au dépôt d'un sel tartrique accumulé dans le sang.

Pour Sydenham, il existe dans l'organisme une matière morbifique, résultant de "coctions imparfaites"; les efforts de la nature pour éliminer cette matière peccante produisent les symptômes de la goutte; or, la chimie démontra plus tard, que la matière peccante n'est autre chose que l'acide urique résultant de coctions imparfaites et du ralentissement de la nutrition.

En 1848, Garrod exposa sa théorie de l'urémie, qui vint fixer définitivement la pathogénie de la goutte. D'après cet auteur, il y a dans le sang des goutteux, excès d'acide urique sous forme d'urate de soude. Dès le début de la maladie, il y a altération des reins, s'opposant à l'excrétion de telle substance. En un mot, la goutte consiste dans l'urémie d'une part et l'imperméabilité rénale de l'autre.

Plus large dans ses idées, Bouchard s'est élevé contre la théorie chimique de Garrod, considérant l'uricémie comme l'effet du ralentissement général de la nutrition et de l'acidité excessive des milieux organiques: les dépôts articulaires et l'uricémie ne sont que des facteurs de la goutte, qui est une maladie générale de la nutrition.

Ebstein et Lecorché, contrairement aux deux théories précédentes, attribuent la maladie à une superproduction de l'acide urique.

Quelle que soit l'une ou l'autre de ces théories que l'on admette, il est certain qu'il y a chez le goutteux un trouble dans la nutrition: telle est l'opinion de Dyce-Duckord, de M. Lancereaux, de Proust et Mathieu.

Il résulte des travaux de Graves, Trousseau, Bouchard, que l'accès de goutte aiguë est précédé de nombreux phénomènes morbides de nature neuro-arthritique, qui peuvent permettre de prévoir l'explosion ultérieure de la goutte. Le futur goutteux, dès son enfance, présente déjà des accidents arthritiques et est exposé à devenir asthmatique, diabétique, goutteux, etc. Tout jeune, il est atteint de gourme, d'eczéma tenace, d'urticaire, voire du côté des muqueuses, d'angines à répétition, de bronchites fréquentes; à un âge plus avancé, de migraines, de taxis répétés; enfin, à mesure qu'ils grandissent, d'attaques de rhumatisme articulaire, aigu ou subaigu, susceptibles de complications cardiaques.

La dyspepsie, appelée par G. Sée *pseudo-dyspepsie anti-goutteuse*, est un des accidents les plus fréquents chez les neuro-arthritiques: elle est caractérisée par du pyrosis, du ballonnement après les repas, de la diarrhée alternant avec la constipation; en même temps, par des vertiges, de l'asthme, des coliques hépatiques ou néphrétiques. Tous ces troubles sont les signes avant-coureurs chez tous ceux qui en sont atteints, de l'éclosion de la maladie

franche. Il arrive toutefois que leur santé reste relativement bonne.

Peut-être les soins d'une sage hygiène parviendront-ils à retarder indéfiniment l'éclosion, mais ne réussiront pas néanmoins à vaincre la tare héréditaire, surtout si la vie trop plantureuse, les excès alimentaires viennent aider les prédispositions.

Après une durée plus ou moins longue et une intensité des plus grandes de ces diverses manifestations morbides, survient l'accès aigu, précédé en général d'une série de malaises, tels que vertiges, éblouissements, maux de tête, insomnie.

Les crises aiguës se répètent à des intervalles variés et la goutte passe bientôt à l'état chronique. Le plus ordinairement, le dénouement fatal a lieu, soit par asystolie, soit par hémorrhagie cérébrale.

Ici, l'auteur aborde la question de l'hérédité de la goutte, soit directe, venant beaucoup plus fréquemment chez le père que chez la mère, soit acquise par tous les vices d'hygiène qu'on a signalés comme facteurs de la maladie : excès de travaux intellectuels, vie sédentaire, absence d'exercices musculaires, alimentation trop riche, l'usage excessif de la viande, l'abus des boissons fermentées. De toutes ces données étiologiques, il résulte que la goutte est une maladie générale de la nutrition.

Il glisse rapidement sur la description des lésions anatomo-pathologiques dues au dépôt d'acide urique dans les articulations et la formation des tophus. Il examine ensuite longuement les conditions dans lesquelles se forme l'acide urique dans l'organisme.

Plus bref sur les causes déterminantes de l'accès de goutte, M. le Dr Toussaint expose, en terminant son excellent travail sur la goutte, les différentes données que comporte le traitement.

Inutile de dire d'abord qu'il n'existe et ne peut exister aucun traitement spécifique ; l'hygiène seule peut intervenir.

Etant donnée la connaissance de l'hérédité de la goutte, l'obligation s'impose de suivre un traitement prophylactique sérieux à tous les descendants de goutteux ou à ceux qui ont des antécédents neuro-arthritiques et surtout qui ont manifesté leur prédisposition dès l'enfance.

Le régime alimentaire joue un rôle très important. Vu l'influence nuisible de l'alimentation carnée excessive, on veillera autant que possible à réduire les aliments azotés au profit des aliments végétaux. D'autre part, on augmentera l'activité musculaire sur la production de l'acide urique par des exercices physiques variés, de façon à compenser ce qu'a de mauvais la vie sédentaire obligatoire à l'époque des études scolaires chez les jeunes sujets, et plus tard la vie de bureau et le travail cérébral.

On trouve dans l'emploi constant de l'hydrothérapie un excel-

lent moyen, des plus puissants, pour stimuler le système nerveux et régulariser les fonctions nutritives.

A-t-on affaire à un malade toujours vigoureux, on lui ordonnera une saison thermale annuelle, de préférence dans une station à eau alcaline, pour combattre l'hyperacidité des humeurs de l'organisme. Dans le cas de cachexie du sujet ou de complications diverses, on s'abstiendra de cette prescription.

En présence d'un accès de goutte, il ne faut perdre de vue que celle-ci doit être respectée: toute médication perturbatrice violente exposerait à de graves accidents.

Dans l'intervalle des crises, il importe que le malade redouble de vigilance, évite les excès de toute nature qui peuvent occasionner le retour de nouveaux accès. Les jeunes gouteux et surtout les malades débilités et anémiés éviteront l'humidité; ces derniers, autant que possible, passeront l'hiver dans les pays chauds et secs.

En somme, conclut M. le Dr Toussaint, la goutte est une des maladies contre lesquelles le plus grand nombre de remèdes a été proposé. On doit se montrer d'une excessive prudence dans leur emploi. L'hygiène, avec toutes ses ressources, voilà le plus sûr traitement capable d'empêcher le développement de la maladie et d'en éloigner les crises.

DR J. B.

ACTION ANTIRHUMATIQUE DU SALICYLATE DE STRONTIUM.

A l'état pur, tel que préparé par le procédé de Faraf Javal, le salicylate de Strontium se présente sous forme d'aiguilles cristallines blanches, peu solubles dans l'eau et l'alcool. Il augmente la pression sanguine qui ne s'affaiblit que sous l'effet de doses excessives.

L'observation clinique a démontré qu'à la dose de 5 grains, il agit puissamment comme antiseptique intestinal, et qu'il est supérieur au salol ou naphтол et autres antiseptiques du même genre.

Dans la goutte et le rhumatisme articulaire aigu, on le donne à la dose de 10 à 15 grains, de préférence en cachets. Il a surtout l'avantage sur les autres salicylates, de ne pas déranger les fonctions digestives, ce qui en fait un médicament précieux dans les cas chroniques.

—*St-Louis Medical and Surgical Journal.*

THERAPEUTIQUE

ENDOCARDITES AIGUES

PAR LE DOCTEUR G. LEMOINE

Elles sont très probablement toutes dues à l'action de maladies infectieuses qui se localisent sur la tunique interne du cœur et de préférence sur la valvule mitrale. Les recherches histologiques ont montré, chez les malades morts d'endocardite, la présence d'amas de microbes dans les érosions, qui existaient à la surface des valvules, et dans l'intérieur même de l'endocarde. C'est donc presque toujours au cours de maladies infectieuses généralisées que se développent les endocardites ; on le voit dans le rhumatisme articulaire aigu, la fièvre typhoïde, la scarlatine, la variole, la grippe, la diphtérie, la fièvre puerpérale, la pneumonie, l'érysipèle, la blennorrhagie, etc. En dehors de ces endocardites infectieuses, on en constate quelques-unes beaucoup plus rares, qui paraissent dues à des intoxications, mais elles ne sont presque jamais à l'état aigu, ce sont des endocardites chroniques d'emblée. Les symptômes généraux dont s'accompagnent les endocardites infectieuses se perdent au milieu de ceux de la maladie initiale, aussi ne faut-il pas compter pour établir le diagnostic que sur l'examen local du cœur et de la circulation.

Les bruits valvulaires, soit ceux de la pointe, soit ceux de la base du cœur, deviennent d'abord voilés, puis des souffles peuvent se montrer, sous l'action de dépôt fibrineux résistants formés sur les valvules ; la pointe frappe avec énergie la paroi thoracique comme si elle avait à lutter contre un obstacle. Puis se montrent des palpitations pénibles, angoissantes, de la gêne et même de la douleur précordiale, de l'insomnie, de l'agitation, etc. Le pouls, pas plus que la respiration ne traduisent l'état du cœur, la circulation pulmonaire n'étant pas modifiée, et les fonctions du cœur continuent à s'accomplir régulièrement. Ces endocardites peuvent guérir sans laisser de traces, mais le plus souvent elles passent à l'état chronique et deviennent l'origine de lésions valvulaires ; tant qu'elles sont à l'état aigu, on peut toujours redouter qu'elles ne deviennent le point de départ d'une embolie ou d'une thrombose.

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES. — Elles sont tirées de l'état général et de l'état local ;

1o Prévenir le développement des endocardites au cours des maladies infectieuses en faisant de l'antisepsie interne ;

2o L'endocardite une fois née, continuer de faire de l'antisepsie générale ;

3o Faire de la révulsion sur la région précordiale et de la dérivation ;

4o Soutenir l'énergie du cœur.

PROPHYLAXIE. — 1o ANTISEPSIE PRÉVENTIVE. — Toutes les maladies infectieuses qui peuvent devenir une cause d'endocardite

doivent être traitées avec le plus grand soin, alors même qu'elles paraissent sans gravité, car ce ne sont pas les plus sérieuses en apparence qui provoquent le plus de complications cardiaques ; il faut se défier des infections à marche insidieuse. C'est ainsi, pour prendre l'exemple le plus typique, que, dans le cours de la blennorrhagie la plus banale, une endocardite peut prendre naissance presque à l'insu du malade et du médecin ; d'où la nécessité de faire toujours de l'antisepsie générale.

Cette antisepsie donne les meilleurs résultats, quand elle est faite avec des médications qui exercent une action élective sur les micro-organismes qu'il s'agit de détruire ; la démonstration en est faite par le salicylate de soude, dont l'emploi dans le rhumatisme aigu prévient bien souvent la formation d'endocardites ; il en est de même du salol dans la blennorrhagie.

Chaque maladie infectieuse réclame une médication à part, aussi je renvoie pour cela à l'étude qui a été faite de chacune en particulier.

2. ANTISEPSIE GÉNÉRALE DURANT L'ENDOCARDITE. — Lorsque malgré les précautions prises on assiste au développement d'une endocardite, il ne faut pas, sous prétexte que la médication n'a pas réussi à la prévenir, la mettre de côté comme inutile. Il faut au contraire la continuer, car on peut espérer atténuer par son moyen la virulence des agents septiques ou entraver la multiplication.

Contre l'endocardite rhumatismale qui est la plus fréquente de toutes, on continuera, si l'état des reins ne s'y oppose pas, à donner du *salicylate de soude*. Il faut se rappeler que ce médicament n'agit bien qu'à haute dose, 4 à 5 grammes au moins. Au début d'une endocardite, il faut par exemple en donner 6 grammes, pendant deux ou trois jours consécutifs, et baisser ensuite à 4 gr. puis à 2 gr. puis cesser pendant quelques jours ; après cela on peut revenir à la dose initiale, si l'état du malade le commande et le permet, ou simplement se contenter d'en donner 4 grammes par jour pendant cinq à six jours encore.

Potion :

Salicylate de soude.....	6 gr.
Sp. d'écorce d'orange amère.....	50 —
Eau distillée.....	100 —
Par cuillerées à soupe d'heure en d'heure.	

Le salicylate de soude exerce une action véritablement spécifique sur les agents infectieux qui provoquent vraisemblablement le rhumatisme aigu, et cette action se fait sentir aussi sur ses localisations cardiaques ; il entrave leur développement et peut amener la disparition de l'inflammation valvulaire.

Malheureusement on n'est pas aussi bien armé contre les endocardites qui sont provoquées par d'autres infections, on est ici réduit à lutter avec des moyens que l'on sait être d'une efficacité plus théorique que réelle. Contre les endocardites provoquées par les fièvres éruptives, on emploiera surtout le *salol*, qui présente l'avantage de désinfecter les selles et les urines et de ne pas irriter le rein. C'est à lui encore qu'on aura recours dans l'endocardite qui accompagne l'érysipèle et la blennorrhagie ; contre cette dernière, il jouit d'une réelle efficacité. Les endocardites puerpérales seront traitées par le sulfate de quinine, le salol, l'acide salicylique ;

celles de la pneumonie sont également justiciables de ces médicaments, jusqu'au jour où l'on possèdera des spécifiques mieux appropriés et par conséquent plus actifs.

Il ne faut pas penser que cette antiseptie interne, dont l'efficacité sur la marche de la lésion est encore douteuse, sauf dans le rhumatisme, doit être mise de côté ; au cas même où son action sur la cause de la maladie resterait nulle, elle aurait toujours le grand avantage de diminuer les fermentations intestinales et d'empêcher les résorptions de toxines, toujours si nuisibles dans le cours d'une affection aiguë.

L'hygiène générale des maladies infectieuses sera ici rigoureusement employée.

3. RÉVULSION ET DÉRIVATION.—On ne peut agir d'une façon directe sur la lésion qui évolue sur l'endocarde valvulaire, mais on peut diminuer l'éréthisme cardiaque qu'elle occasionne. Il est même probable que les divers révulsifs qu'on applique sur la région malade agissent indirectement sur le processus pathologique, en modifiant la circulation intérieure du cœur et le terrain sur lequel évolue la maladie.

Lorsqu'il existe de la gêne précordiale, une sensation de barre à la base du sternum, des palpitations, de l'agitation du pouls, et que ces symptômes coexistent avec un assourdissement des bruits du cœur, il est nécessaire de faire de la révulsion précordiale.

Les principaux moyens à employer pour cela sont les ventouses scarifiées, les sangsues, les vésicatoires et la glace.

Les émissions sanguines faites par les ventouses ou les sangsues amènent un soulagement immédiat ; il est donc nécessaire d'avoir recours à elles, toutes les fois que l'éréthisme cardiaque est considérable.

Mais leur action est éphémère, c'est simplement une médication d'urgence, ou une médication destinée à préparer l'action des autres révulsifs. C'est pourquoi, le lendemain du jour où les sangsues auront été appliquées sur la région précordiale, on mettra à la même place un large vésicatoire camphré, qu'on laissera en place pendant quatre à six heures, et qu'on remplacera ensuite par un large cataplasme bien chaud pour faire sortir les phlyctènes. La plaie causée par le vésicatoire sera pansée avec de la vaseline boriquée et recouverte d'une mince lame de baudruche.

L'action révulsive sera continuée par l'application d'une vessie de glace sur le cœur, maintenue en permanence pendant plusieurs jours. La glace n'a pas, dans l'endocardite, un rôle aussi actif que dans la péricardite, mais celui qu'elle exerce n'est cependant pas à mettre de côté.

Par conséquent ces divers modes de révulsion pourront donc être utilisés tour à tour, et, plus tard, si l'état du cœur l'exige on devra recommander à placer sur le cœur un et même plusieurs vésicatoires successifs.

Parallèlement à la révulsion précordiale, il sera bon de faire un peu de dérivation, dans le but de diminuer le travail du cœur : lavements et petits laxatifs, bains de pieds sinapisés ; frictions alcooliques sur les membres, etc.

Les frictions mercurielles faites sur la région du cœur et l'em

ploi du calomel à l'intérieur n'ont jamais donné de résultats probants.

MEDICATION CARDIAQUE.

4o Quand la lésion valvulaire en formation détermine par réflexe une excitation trop grande du cœur, celui-ci s'affole, ses battements se précipitent et alors les chocs valvulaires augmentent de fréquence et d'intensité. Cet état peut avoir des conséquences graves, d'abord en favorisant l'extension du travail inflammatoire, puis en rendant possible une embolie formée par un petit fragment de fibrine qui se séparerait du coagulum recouvrant les parties malades.

Il y a donc en pareils cas une indication pressante de diminuer l'affolement cardiaque par des procédés plus sûrs que la révulsion ; la *digitale* trouve ici son emploi. On la donnera en infusion à la dose de 0 gr. 60 à 1 gramme, pendant le temps strictement nécessaire à la régularisation du cœur. En diminuant le nombre des battements, la digitale soulage le cœur et remplace par un travail modéré et profitable le travail excessif et sans utilité auquel il se livrait. C'est là une des rares indications de la digitale dans une affection aiguë du cœur, en l'absence d'arythmie ou d'œdèmes.

La caféine ne peut pas la remplacer, car elle est excitante pour le système nerveux et ne possède pas sur le cœur une action modératrice aussi marquée que la digitale.

Contre l'agitation psychique et musculaire, contre l'insomnie, il sera bon de donner conjointement à la digitale deux ou trois grammes de bromure de potassium pendant la soirée et la nuit.

Dans le but de diminuer la coagulabilité du sang et d'empêcher la formation de petits caillots de fibrine sur les valvules, M. Jacoud a conseillé de donner dès le début de l'endocardite, des alcalins à haute dose, 8 à 10 gr. de bicarbonate de soude par exemple, et des boissons alcalines. C'est là une médication toute théorique, et je n'ai jamais pu me rendre un compte bien exact de son efficacité. Mais comme les alcalins sont des médicaments fort inoffensifs et qui ne débilitent pas comme on le croyait, je ne vois pas qu'il y ait d'inconvénient à les prescrire, si on le juge bon. Je repousse formellement la médication vomitive préconisée par le même auteur, car elle peut avoir le grave inconvénient, en favorisant la séparation de petits caillots, de provoquer des embolies. Son utilité est trop peu démontrée pour qu'on s'expose à de pareils accidents.

HYGIÈNE DU MALADE.

C'est même dans le but d'éviter ce danger que le malade sera astreint au repos le plus complet, et à ne faire dans son lit que les moins de mouvements possible. Il parlera peu, ne verra que ses gardes ordinaires, ne s'exposera pas à des émotions morales.

Son alimentation sera celle des malades atteints de maladies infectieuses, exclusivement liquide, et on aura soin de le faire boire beaucoup pour augmenter la diurèse et l'élimination des toxines. L'alcool sera donné ici d'une façon très parcimonieuse.

CONVALESCENCE

Lorsque les phénomènes aigus disparaissent, on doit songer à instituer un traitement dans le but d'empêcher la formation d'une lésion valvulaire chronique. Il n'y a alors aucune contre indication à l'emploi de l'iodure de potassium. C'est au contraire le moment où ce sel peut agir avec la plus grande efficacité, car les produits qu'il s'agit de faire résorber, ne sont pas encore transformés complètement en tissu fibreux et peuvent plus facilement disparaître. L'iodure sera donné à petite dose, 0 gr. 25 à 0 gr. 50 par jour, mais pendant plusieurs mois consécutifs. Pour soutenir le myocarde, épuisé par la lutte qu'il a eu à subir, jedomne également une quinzaine de gouttes de teinture de *noix vomique* par jour pendant quelques semaines.

UN REMEDE POUR LES ÉPISTAXIS À RÉPÉTITION

Le *Wiener Medizinische Blätter*, du 24 décembre 1896, recommande la mixture suivante dans les épistaxis récurrentes à répétition :

R. Antipyrine.....	7½ grs
Tannin.....	15 grs
Sucre pulvérisé.....	3 drachmes

Sig : Prendre dans un peu d'eau plus ou moins souvent, suivant le cas. On assure que l'hémorragie cesse d'une manière définitive, avant le troisième jour.

—*New-York Medical Journal.*

OBSTÉTRIE PRIMITIVE

Le Dr Howard A. Kelly, rendant compte d'une adresse faite devant une assemblée médicale, dit que feu le Dr Edward R. May, de Wilkesbarre, Pa., avait n'avoir possédé un forceps obstétrical, et quand il avait un cas dans lequel un médecin d'aujourd'hui appliquerait cet instrument, il incisait le cuir chevelu du fœtus avec des ciseaux, introduisait l'index dans l'ouverture et extrayait l'enfant par ce moyen. Plusieurs citoyens chauves de la région portent encore des cicatrices sur le crâne comme memento de cette science primitive.

—*The American Practitioner and News.*

Il se passe encore aujourd'hui des choses presque aussi étonnantes que cela.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hopital Trousseau.—M. BROCA

DU PROLAPSUS DU RECTUM CHEZ L'ENFANT ET DE SON TRAITEMENT

Il y a prolapsus du rectum, disait Gosselin, lorsqu'il y a issue par l'anus d'une portion plus ou moins étendue d'intestin.

Cette définition est claire, mais un peu trop compréhensive, et d'ailleurs Gosselin était le premier à éliminer, comme je vais le faire, le prolapsus hémorroïdaire et les invaginations intestinales supérieures. Dans le prolapsus hémorroïdaire, c'est bien la muqueuse rectale qui vient au dehors : mais ce qui domine la pathogénie, la thérapeutique, c'est l'existence des hémorroïdes, et dès lors nous n'avons plus à nous occuper ici—sauf pour en établir le diagnostic—de cette complication d'une lésion bien déterminée. D'autre part, le prolapsus hémorroïdaire est tout à fait exceptionnel chez l'enfant, que j'entends viser ici presque exclusivement. Par contre, les invaginations supérieures, pouvant même commencer à l'angle iléo-cæcal, s'observent de préférence dans le jeune âge : je ne vous en parlerai cependant qu'au diagnostic, car l'étiologie, l'anatomie pathologique, la symptomatologie s'accordent à nous faire distinguer cette lésion des véritables prolapsus du rectum, ceux dans lesquels il y a issue par l'anus d'une portion plus ou moins étendue du *rectum*.

Cette lésion est aujourd'hui bien connue, grâce aux descriptions de Gosselin, de Curling, de D. Mollière, d'Allingham, de Jean Cruveilhier surtout, leur initiateur à tous, et si vous voulez la comprendre, lisez le texte original de Cruveilhier. Dans ces dernières années, quelques travaux importants ont cherché à fixer une thérapeutique encore incertaine : mais ceux-là visent surtout les prolapsus de l'adulte, et je n'aurai à vous les citer que pour vous montrer qu'ils ne s'appliquent pas à l'enfant.

Le prolapsus du rectum est, en effet, fréquent chez l'enfant et bien différent chez lui, à tous les points de vue, de ce qu'il est chez l'adulte, et c'est seulement pour esquisser cette comparaison que je ferai appel à la description générale de nos livres classiques.

Plusieurs degrés doivent être distingués : dans le prolapsus partiel, la muqueuse seule fait issue ; dans le prolapsus total, c'est toute l'épaisseur de la paroi rectale.

La prolapsus partiel, celui de la muqueuse seule, est facile à vous faire comprendre car, comme le disait un de nos anciens maîtres en une phrase demeurée célèbre, vous n'êtes pas sans avoir vu un cheval aller à la garde-robe. Chez cet animal, il est normal qu'à chaque poussée la muqueuse, mobile grâce à la laxité du tissu conjonctif sous-muqueux, suive le bol fécal en une saillie circulaire et rose. Chez l'homme, la saillie est la même, mais elle est anormale : le prolapsus, presque toujours circulaire, est d'abord passager, se produit après la garde-robe et rentre facilement ; puis il s'aggrave et enfin devient permanent, Gosselin avait coutume de comparer cet état à celui d'un vieux paletot où la doublure, avachie, dépasse la manche.

Le prolapsus total présente deux variétés, qu'avec Cruveilhier il convient d'appeler invaginations à trois cylindres et à deux cylindres.

Supposez un tube quelconque — dans l'espèce l'intestin — sur lequel vous ferez dans la continuité une invagination, c'est-à-dire un pli qui descend dans le tube situé au-dessous de lui : il vous suffit, ici encore, de manier la manche de votre paletot pour comprendre qu'une coupe transversale au niveau de la plicature rencontrera trois fois la paroi. en trois cercles concentriques, dans cette *invagination à trois cylindres*. Et si des plis successifs s'emboîtent, comme dans une lorgnette, ces invaginations seront à cinq, sept cylindres, toujours en nombre impair. Prenez maintenant la manche de votre habit, faites-y une invagination simple dans la continuité, et tirez jusqu'à ce que le pli invaginé vienne faire saillie hors du bout de la manche : vous vous rendez compte que dans la partie ainsi prolapsée il n'y a que deux cylindres accolés, l'un descendant, externe continu avec l'extrémité inférieure de la manche, au niveau d'un sillon circulaire, situé plus ou moins haut ; l'autre interne, ascendant, continu avec l'extrémité supérieure de la manche. C'est exactement ce qui se passe dans le *prolapsus complet à trois cylindres*, lorsque la partie supérieure du rectum se précipite, pour ainsi dire, dans la partie inférieure, et dépasse l'anus—dont la sépare un sillon plus ou moins profond—par les deux cylindres du pli invaginé.

Immédiatement, vous voyez donc une différence d'aspect entre, le prolapsus partiel et le prolapsus total à trois cylindres : dans le premier, il y a continuité directe entre la muqueuse procidente et la peau anale ; dans le second, elles sont séparées l'une de l'autre par un sillon circulaire. Mais ce caractère disparaît dans la variété qui nous reste à étudier, le prolapsus total à deux cylindres, lequel peut être l'aboutissant des deux variétés précédentes.

Reprenez un tube quelconque, toujours la manche de votre habit, et au lieu de faire dans la continuité la plicature invaginée, faites la à l'extrémité inférieure : deux cylindres seulement, l'un descendant, l'autre ascendant, existent dans la tumeur prolabée. Appliquez cela au rectum, et vous verrez tout de suite que, forcément, la muqueuse procidente sera en continuité directe avec la peau de l'anus.

Comment peut se produire ce prolapsus ? Par deux mécanismes : ou bien, au bout d'un temps plus ou moins long, une tumeur, d'abord constituée par la muqueuse seule, grossit jusqu'à attirer à sa suite toute l'épaisseur de la paroi rectale, et alors le sillon n'a jamais existé ; ou bien, il y a primitivement prolapsus à trois cylindres, et à mesure que la tumeur grossit, elle attire à elle, peu à peu, le cylindre invaginant, en sorte que peu à peu la profondeur du sillon diminue, jusqu'à devenir égale à 0.

J'ai un peu insisté sur ces données anatomiques, car cette description, imitée de Cruveilhier, n'est pas assez présente à toutes les mémoires ; mais je pourrai glisser rapidement sur le reste de l'anatomie pathologique : sur les rapports, parfois mal déterminés, de la plicature rectale avec le cul-de-sac péritonéal et sur la hernie—appelée *hédrocèle*—qui se produit parfois dans ce cul-de-sac ; sur les modifications secondaires de la muqueuse, de la paroi rectale, du péritoine, plus ou moins enflammés, indurés, adhérents, ce qui peut aboutir à l'irréductibilité. Tout cela, en effet, appartient à peu près exclusivement au prolapsus de l'adulte et non à celui de l'enfant. Quant à l'existence possible d'une tumeur, d'un rétrécissement à l'extrémité de la masse prolabée, c'est en exposant la pathogénie qu'il convient d'en parler.

La pathogénie de la chute du rectum peut se résumer en un mot, comme celle du prolapsus génital chez la femme ; il y a disproportion entre la solidité des moyens de fixité du rectum et l'importance des efforts subis par cet intestin. Voyons donc quels sont et ces moyens de fixité et ces efforts.

Le rectum doit subir la poussée dans l'effort de la défécation, et l'on sait quelle variété présente cette poussée, aussi bien dans sa fréquence que dans son intensité. Pour ne pas être expulsé à chaque effort, il est soutenu, en bas, par le plancher périnéal qu'il perfore au niveau de l'anus ; il est suspendu par le méso-rectum. D'autre part, il faut envisager, en particulier, la fixité de la muqueuse sur la musculuse sous-jacente ; elle est plus ou moins grande selon que le tissu conjonctif interposé est plus ou moins lâche, et déjà nous avons vu quelle différence, à cet égard, il y a, physiologiquement, du cheval à l'homme.

Exagérez l'effort, diminuez la résistance, et vous aurez des

prolapsus que vous pourrez appeler, dans les cas tranchés, de force ou de faiblesse, mais en sachant bien que, dans les cas intermédiaires, ces deux facteurs s'associent en proportion très variable.

Telle est la donnée générale : il faut l'appliquer aux cas particuliers, en cherchant à faire voir les différences qui existent entre l'enfant et l'adulte. Dans ces deux cas, en effet, l'étiologie, envisagée dans ses facteurs spéciaux, n'est pas la même, et tout d'abord il convient de noter que sauf exception—dont Gérard Marchant, par exemple, a relaté un cas—le prolapsus de l'adulte n'est pas la prolongation de celui de l'enfant.

Un premier groupe de facteurs étiologiques est constitué par diverses *prédispositions anatomiques*, c'est-à-dire par la *diminution des moyens de fixité du rectum* à tous les âges. C'est sans doute par une disposition congénitale qu'il faut expliquer cette laxité considérable du méso-colon iliaque sur laquelle insiste Ch. Nélaton dans les prolapsus de l'adulte. Chez l'adulte, on invoque le relâchement sphinctérien des pédérastes, l'affaiblissement sénile des tissus, les causes diverses de déchéance organique ; on constate la coexistence possible, chez la femme, avec les prolapsus génitaux.

Chez l'enfant, outre la rectitude du sacrum, grâce à laquelle l'extrémité inférieure du rectum subit plus directement l'assaut de la défécation, n'y a-t-il pas des causes analogues ? La laxité du tissu sous-muqueux est-elle plus grande à cet âge, comme le voulait Giraldés ? La chose n'est pas prouvée, mais ce que j'admets pleinement, avec Duchaussoy, et malgré les critiques dont cette opinion a été l'objet, c'est le rôle du relâchement sphinctérien. Je vais même plus loin et j'incrimine la faiblesse de tout l'individu. Un enfant atteint de prolapsus rectal est toujours—autant que ce mot puisse être exact dans notre science—un rachitique à gros ventre, à fibres molles, à parois abdominales flasques ; c'est d'ordinaire un produit du biberon et il est âgé de moins de cinq ans, c'est-à-dire qu'il est à l'âge où le rachitisme est en évolution. C'est là, je crois, la notion étiologique capitale à retenir, car d'elle vont résulter les données prophylactiques et thérapeutiques.

Nous allons encore retrouver le rachitisme comme origine de certaines *prédispositions physiologiques*, de certaines *causes efficientes*, augmentant la violence de la fréquence des *efforts de défécation*. Les sujets, adultes ou enfants, atteints de prolapsus rectal, ont, en général, une défécation défectueuse : ils sont ou constipés, ou diarrhéiques, ou atteints alternativement de ces deux états. Dysenterie, rectite, hémorroïdes sont des causes exceptionnelles chez l'enfant ; de même l'abus des drastiques, que l'on a incriminés sans peut-être assez examiner si la part principale ne revient pas à la constipation contre laquelle on se drogoue de la sorte.

Chez l'enfant, diarrhée, constipation ou alternance des deux sont habituellement le résultat de ces alimentations défectueuses — allaitement artificiel ou sevrage mal dirigé — qui aboutissent au rachitisme : et ces sujets à tonicité musculaire insuffisante ont, en outre, de par leur maladie initiale, une cause locale qui favorise le prolapsus. Ils sont plus souvent constipés que diarrhéiques, peut-être parce que l'athrepsie a préalablement emporté ceux qui avaient tendance à la diarrhée. Et, pour ces petits constipés, le prolapsus est volontiers favorisé par une coutume défectueuse : la mère de famille, pour simplifier une corvée, installe l'enfant sur le pot de nuit et vague à ses occupations en disant de temps à autre : "As-tu fini ? Non ? Pousse, mon petit." Cela dure souvent fort longtemps. Et l'enfant, docile, fait effort sur efforts : l'objet désiré ne vient pas toujours, mais, en cas de rachitisme prédisposant, la chute de la muqueuse n'est pas rare et, la cause se reproduisant, peut aboutir à celle de la paroi rectale tout entière.

Je viens d'insister sur la défécation ; les autres efforts, en effet, sont exceptionnels chez l'enfant. A l'adulte sont réservées les mictions laborieuses du rétrécissement urétral ; au vieillard, celles de l'hypertrophie prostatique. Mais l'enfant peut connaître celles de la lithiase vésicale — très rarement à Paris, il est vrai — et il semble qu'alors le prolapsus rectal concomitant ne soit pas exceptionnel. Enfin, on a incriminé le phimosis : mais il est rare que cette difformité provoque une dysurie d'intensité suffisante.

Jusqu'à présent, j'ai supposé que le calibre du rectum était normal : mais on conçoit combien le prolapsus va être facilité si un bol fécal, volumineux et dur, rencontre un obstacle à sa progression. C'est ainsi qu'il chasse devant lui un polype, par exemple, qui devient proclatent à chaque défécation : mais chez l'enfant aussi bien que chez l'adulte, la chute rectale est bien rarement la conséquence. Une virole cancéreuse pourrait jouer un rôle important, si elle n'avait coutume de s'accompagner bientôt d'induration, d'adhérences, qui mettent obstacle à sa descente : il y a pourtant quelques exemples de prolapsus de cette espèce, et j'en ai publié un en 1886 à la Société anatomique. Une mention spéciale est due, d'après Bœckel, à certains rétrécissements congénitaux, assez haut situés, qui sont refoulés hors de l'anus par le bol fécal auquel ils ont fourni un point d'appui.

Dans l'exposé étiologique qui précède, j'ai moins cherché à énumérer toutes les causes connues qu'à les classer en expliquant leur mode d'action, car de là va résulter une conception nette de la thérapeutique. Mais avant d'aborder l'étude du traitement, je dois consacrer quelques lignes à celle des symptômes et du diagnostic.

Le prolapsus de la muqueuse seule constitue une tumeur rouge

en un bourrelet presque toujours entièrement circulaire, se continuant directement avec la peau de l'anus, sans un sillon où puisse pénétrer le stylet ; la muqueuse a coutume d'être rouge facilement saignante, recouverte de quelques glaires ; par une pression légère la réduction est facilement obtenue, au moins au début.

Mais si les soins sont insuffisants, si on laisse la tumeur s'accroître et l'état général périliter, la réduction devient de plus en plus difficile à obtenir et surtout à maintenir, le prolapsus augmente et à celui de la muqueuse s'ajoute, à un moment donné, celui de la paroi tout entière. Alors apparaît une tumeur pouvant arriver au volume d'une mandarine, le dépasser même, tumeur perforée au sommet d'un orifice d'abord central, puis excentré et regardant en arrière, le boudin procident s'incurrant en concavité postérieure lorsque commence à résister le méso-rectum attiré par glissement jusque dans la tumeur.

C'est alors surtout que la muqueuse est rouge, enflammée : il y a rectite manifeste, et cette rectite, par les épreintes qu'elle provoque, va contribuer à faire reproduire et à entretenir le prolapsus.

Une tumeur de semblable forme, de semblable volume, est facile à distinguer, par la simple inspection, du prolapsus de la muqueuse seule ; avec un stylet, on recherchera un sillon entre la tumeur et l'anus pour déterminer à quelle variété on a affaire, si c'est un prolapsus à trois ou à deux cylindres. Par la percussion, par la pression, on cherchera s'il existe en avant une hédrocèle, sous forme d'une tumeur gargouillante, sonore, se gonflant pendant la toux : cette recherche est peu importante chez l'enfant, où l'hédrocèle est rare et où, d'autre part, on n'a pas l'occasion de traiter les prolapsus par l'excision.

Après avoir ainsi exploré la tumeur, il convient de la réduire : pour cela on couche l'enfant sur le côté on relève la fesse supérieure et, à travers une compresse enduite de vaseline, on exerce sur le prolapsus une sorte de taxis, l'extrémité des cinq doigts appuyant out autour, tandis qu'on exerce un véritable refoulement en masse vers l'anus. Si l'enfant crie—et cela est la règle—la réduction peut être assez laborieuse, mais si l'on a soin de réaliser une pression continue, le bassin étant bien immobilisé, on ne tarde pas à sentir, souvent entre deux cris, la tumeur qui file entre les doigts et rentre tout d'un coup. Mais l'enfant continue à crier, et si l'on n'a pas soin de bien serrer les fesses l'une contre l'autre—ce qui est facile avec les doigts d'une main, disposés en couronne autour de leurs deux pôles—la chute se reproduit : on voit alors la tumeur se former par une sorte de mouvement de reptation, par le déroulement d'une série de plis transversaux qui, appartenant d'abord au cylindre interne, viennent se ranger au cylindre externe. Pour bien voir

cette formation, le mieux est de faire tenir l'enfant sur le dos, les jambes écartées, dans la position dite de la taille : mais alors méfiez-vous, si le sujet a la diarrhée, car, surtout en raison des cris, il est possible que la sortie du rectum soit suivie d'une fusée odorante qui vous arrivera en plein visage et vous dérangera dans votre contemplation, ainsi que cela m'est arrivé.

L'examen précédent ne laisse pas place à une erreur de diagnostic : rien ne ressemble à un prolapsus rectal, et, par exemple, le polype du rectum, petite tumeur rouge violacée, grenue, arrondie, sans orifice central, ne ressemble en rien à la chute partielle ou totale. L'erreur est souvent commise : c'est parce qu'on ne regarde pas ce qui sort de l'anus et, sans songer à vérifier s'il y a un polype, on admet, sur la foi de la mère ou de la bonne, qu'il y a un prolapsus. La vérité est qu'on n'y sera jamais trompé si, en provoquant une garde-robe par un lavement, on fait sortir la tumeur dont il est alors facile de juger. D'une manière générale, on peut dire que, chez l'enfant, la coexistence d'une hémorragie plus ou moins intense, avec quelque chose qui sort de l'anus à chaque défécation, doit faire songer au polype et non au prolapsus : mais ne vous prononcez jamais avant d'avoir vu.

Lorsqu'on a reconnu une chute du rectum, il reste à déterminer sa variété : mais je n'ai pas besoin de répéter ce que j'ai dit précédemment sur la forme et l'aspect du prolapsus partiel et total, sur la valeur du sillon. L'exploration complète de ce sillon avec le stylet, et parfois avec le doigt, a encore, dans certains cas, une importance réelle : certaines invaginations supérieures, et même des invaginations portant sur l'angle iléo-cœcal, peuvent descendre jusque dans le rectum et même hors de l'anus. Mais alors existent des signes d'occlusion intestinale inconnus à la procidence rectale et pour confirmer le diagnostic on n'a qu'à constater que nulle part le stylet ne va butter au fond du sillon.

On déterminera enfin quelle est la cause du prolapsus, si, au sommet, existe une tumeur ou un rétrécissement, si le bourrelet muqueux n'est pas avant tout hémorroïdaire. Les hémorroïdes, sans doute, sont fort rares chez l'enfant ; mais elle existent à cet âge ; un jour, chez un garçon de dix-huit mois—dont père, oncles et grand-oncle sont hémorroïdaires—on m'a prié de regarder pourquoi chaque défécation s'accompagnait de cris, et j'ai vu, après une selle, une procidence violacée, occupant une partie de la circonférence anale ; et plusieurs fois j'ai dû extirper chez l'enfant, de petites masses hémorroïdaires turgescents et douloureux.

La chute du rectum ne doit pas être négligée et abandonnée à elle-même car elle entraîne certains inconvénients, dont quelques-uns sont sérieux.

L'hémorragie est rare, mais, par exception, elle peut, par sa fréquence et son abondance, mettre la vie en danger. La rectite cause des épreintes, des douleurs. Les digestions se font mal, et finalement l'enfant dépérit; mais avant d'accuser le prolapsus d'être la cause du dépérissement, il faut se souvenir que plus souvent il en est l'effet.

J'ai entendu Trélat dire que quelques rétrécissements ont pour origine l'ulcération circulaire d'un prolapsus qui, toujours dehors, frotte constamment dans la culotte: et cela doit faire faire quelques réserves sur le rôle causal attribué par Bœckel à un rétrécissement congénital. Je n'ai d'ailleurs jamais rien vu de semblable. Avec le temps, le rectum prolapsé s'enflamme, s'indure, devient irréductible: il peut même s'étrangler, jusqu'à se sphacéler, ou s'accompagner d'une occlusion mortelle. Mais chez l'enfant je n'ai jamais observé ces complications, pas plus que l'étranglement de l'hédrocèle, dont on a cité quelques exemples, et d'une manière générale je conclus, avec tous les auteurs qui se sont occupés de pédiatrie, que le prolapsus de l'enfant est bien moins grave que celui de l'adulte: et l'étude du traitement va corroborer cette assertion. Pour établir avec fruit ce parallèle, je vais être obligé de résumer ce que nous savons sur le traitement approprié à l'adulte.

D'abord, je dois éliminer les prolapsus secondaires aux hémorroïdes, aux tumeurs, aux rétrécissements: je les retiens seulement parce que sur eux ont débuté, avant les recherches systématiques autorisées par l'antisepsie, les tentatives d'extirpation.

Dans les prolapsus primitifs, les seuls envisagés ici, l'indication générale est de réduire — ce qui, en général, est aisé — puis de maintenir — et c'est ici que commencent souvent les difficultés.

Je n'ai pas besoin de revenir sur la manière dont on manipule le prolapsus pour obtenir la réduction; ni sur la petite manœuvre par laquelle, en serrant les fesses l'une contre l'autre, on empêche la procidence de se reproduire immédiatement. Au bout de quelques minutes, on peut, chez l'enfant, abandonner l'anus à lui-même, et d'ordinaire la réduction se maintiendra jusqu'à la prochaine selle: mais alors il est de règle que la chute récidive. De là l'importance majeure de surveiller avec grand soin cette fonction: on fera aller l'enfant à la selle, couché sur le côté, en recueillant les excréments dans une serviette, et on recommandera surtout à la mère de ne pas laisser l'enfant s'éterniser, tous les matins, sur le vase de nuit; la selle, que l'on provoquera au besoin par un lavement, par un suppositoire, aura lieu tous les jours à heure régulière, le matin de préférence; sa durée sera courte, réduite au strict minimum nécessaire à l'expulsion, et immédiatement le prolapsus sera réduit, puis maintenu pendant quelques minutes, l'enfant res-

tera encore au repos pendant une demi-heure environ, puis on le lèvera. Une selle par jour, régulièrement, ai-je dit ; cela implique une surveillance attentive pour obtenir, par l'hygiène alimentaire et au besoin par les médicaments appropriés, la cessation soit de la diarrhée, soit plus souvent de la constipation dont les enfants sont assez souvent atteints.

Localement, on agit sur le rectum par les lavements boriqués froids qui calment la rectite, on met en usage les propriétés astringentes du ratanhia. Mais surtout, on s'occupe de l'état général : par le phosphate de chaux, l'huile de foie de morue, les bains salés, l'alimentation bien réglée et bien choisie, on traite le rachitisme dont tous ces enfants sont entachés.

Par le traitement ainsi conduit, on obtient une amélioration rapide : le prolapsus devient moins gros, puis ne sort plus à chaque selle, puis ses chutes s'espacent notablement et enfin deviennent nulles. Si la mère obéit aux prescriptions que je viens d'énumérer, la guérison est à peu près constante : et pour mon compte personnel je n'ai jamais dû recourir aux boutons de feu de Dupuytren, aux raies de feu longitudinales sur la muqueuse rectale. Ces petites opérations ont été pratiquées et recommandées chez l'enfant, et certainement elles sont inoffensives ; mais je crois qu'elles sont presque toujours inutiles.

Deux fois, sans doute, chez des rachitiques devenus cachectiques — si bien qu'ils ont succombé — j'ai vu des prolapsus énormes, toujours dehors, ayant pour ainsi dire perdu droit de domicile dans le bassin. Je n'ai même pas songé à opérer ces enfants arrivés au summum de la débilité ; de même sur un nourrisson atteint de spina bifida. D'après ce que j'ai vu, je crois donc que l'indication opératoire ne se pose guère que chez les rachitiques trop gravement atteints pour être soumis à une intervention chirurgicale ; peut-être, dans ces cas, si l'on réussissait à guérir le rachitisme, resterait-il un prolapsus volumineux et justiciable de la chirurgie, mais je n'en sais rien puisque mes deux malades sont morts quelques jours après leur entrée à l'hôpital.

On voit toute la différence avec le traitement du prolapsus chez l'adulte ; à cet âge les moyens précédents ont coutume d'échouer, et l'on doit recourir à des opérations complexes, difficiles, quelquefois graves, fort comparables à celles que l'on dirige contre les prolapsus génitaux de la femme. C'est alors que l'on cherche à soutenir le rectum en rétrécissant l'anus et le périnée par une véritable anopérinéorrhaphie ; à le suspendre au sacrum par voie périnéale, en combinant cette intervention à une véritable proctopexie par les procédés de Verneuil, de G. Marchant ; à le suspendre par voie abdominale, comme l'a conseillé Jeannel, en fixant, par la colopexie,

l'S illiaque à la paroi abdominale ; à le supprimer enfin par la résection franche.

Tous ces procédés ont donné des succès, mais tous aussi des récurrences, et si, grâce à ces tentatives, le prolapsus rectal de l'adulte n'est plus, comme autrefois, un des opprobres de la chirurgie, il est loin d'en être encore devenu une des merveilles. Il reste une infirmité grave et rebelle, bien différente dès lors du prolapsus de l'enfant, lorsque la thérapeutique est bien dirigée.

DENTIFRICE

Le carbonate de strontiane comme dentifrice, — M. MÉTRAL, professeur à l'école dentaire de Genève, propose d'employer le carbonate de strontiane comme dentifrice. Tout naturellement, il ne prend pas le carbonate de strontiane naturel, mais il se sert du carbonate pur et exempt de baryte, obtenu, soit en précipitant une solution d'azotate de strontiane pur par un mélange de carbonate d'ammoniaque, soit en faisant passer du gaz carbonique dans une solution d'hydrate de strontiane, soit encore en traitant le sulfate pur de strontiane par une solution d'un carbonate alcalin.

La poudre ainsi obtenue est blanche, douce au toucher, de réaction légèrement alcaline, insipide et inodore, inaltérable à l'air.

M. Métral a été conduit à l'exprimer comme dentifrice après avoir constaté que son pouvoir détersif ou usant est intermédiaire entre celui des carbonates de chaux et de magnésie, dont l'action est trop faible, et celui de la pierre ponce, qui raye les dents dont l'émail est de mauvaise qualité.

Le carbonate de strontiane présente encore d'autres avantages qui sont : sa légère alcalinité et la propriété qu'il possède, en raison de son onctuosité, d'adhérer à la brosse et aux dents ; enfin son prix de revient est très faible.

M. Métral associe ordinairement le carbonate de strontiane à partie égale d'un corps antifermentescible, comme la fleur de soufre, et il aromatise ce mélange avec une essence quelconque, celle de roses, de préférence.

Il prépare aussi un opiat dentifrice dont voici la formule :

Carbonate de strontiane.....	6 grammes.
Fleurs de soufre.....	3 —
Savon médicinal pulvérisé.....	13 gr. 50
Essences de roses.....	VI gouttes.

Mucilage de gomme et glycérine, de chaque, quantité suffisante.

—*La France Médicale.*

REVUE DU MOIS

—La contraction de la pupille est toujours une contre-indication de l'usage des opiacés.

— Le prurit est aggravé par l'usage du thé et du café.

— Le pronostic de la pneumonie est généralement grave chez les gouteux.

— La Strychnine est, dit-on, le meilleur remède pour l'incontinence d'urine ?

— Le Sulfate de Cuivre était employé pour cautériser les paupières granuleuses, par les oculistes Egyptiens au moins 1500 ans avant J.-C.

— Le vin de racine de Colchique, à la dose de 5 à 10 minimes, trois fois par jour, soulage la douleur, dans les cas invétérés de Sciabique.

— Si la solution de cocaine est chauffée au moment de s'en servir, son effet est plus prompt, plus intense, et plus persistant.

— Dans les cas de furonculose persistante, le Dr Cantrell conseille le Sulfide d'arsenic, à la dose de 1-10 à 1-25 de grain, trois fois par jour.

—La teinture de Passiflora incarnata, à la dose d'un demi à un drachme, est un remède admirable dans l'éritisme, et la tachycardie et la ménopause.

—Un traitement simple et efficace du prurit causé par les hémorrhoides, est l'application journalière de quelques gouttes de collodion sur une boulette de coton absorbant.

—Le bromure d'ammonium à la dose de 10 à 20 grains, trois fois par jour, et recommandé contre le rhumatisme musculaire, par le professeur Eshner, de Philadelphie.

—Le Dr S. Solis Cohen dit qu'il n'y a pas de meilleurs antiseptiques intestinaux que le Benzonaftol et le Salicylate de Bismuth. Un enfant de six mois peut en prendre un grain et demi par dose.

—La Pilocarpine à petite dose arrête la transpiration, par son action tonique sur les glandes sudoripares. Le Dr Hare, recommande de donner de 1/60 à 1/30 de grain, le soir, contre les sueurs des phthisiques, quand les autres remèdes ont échoué.

The Denver Medical Times.

LES DANGERS DE L'ACIDE PHÉNIQUE

Un nouveau cas de gangrène du médius vient d'être signalé à la Société anatomique par M. Peraire. Les premiers symptômes se montrèrent vingt-quatre heures après l'application d'une solution à 1 pour cent d'acide phénique.

Cet exemple prouve une fois de plus qu'il est imprudent d'appliquer sous forme de pansement, l'acide phénique sur les plaies des doigts résultant de piqûres, morsures ou traumatismes divers.

L'ACÉTANILIDE CONTRE LES BRULURES

Pollak propose le traitement complet suivant :

Après avoir nettoyé soigneusement les régions atteintes, avoir ouvert antiseptiquement les bulles, on fait un lavage avec une solution faible de permanganate de potasse, qui a la propriété de favoriser le bourgeonnement, puis on applique une des pommades formulées ci-dessous :

- | | |
|---------------------|-----------------|
| 1. Acétanilide..... | 15 grammes. |
| Oxyde de zinc..... | 15 — |
| Vaseline..... | 150 — |
| 2. Acétanilide..... | } à 15 grammes. |
| Iodoforme..... | |
| Acide borique..... | |
| Oxyde de zinc..... | |
| Vaseline..... | q. s. p. 20 — |

Un pansement ouaté est ensuite pratiqué tous les jours.

Pour masquer l'odeur presque insupportable que dégagent souvent les brûlures au moment de la chute des eschares, on ajoute à la solution de permanganate du bioxyde d'hydrogène. Dès que la dessiccation des plaies commence, on remplace les pommades par des poudres, soit d'acétanilide, soit d'acide borique. En cas de frissons multiples et violents, on administrera largement l'alcool.

M. Pollak administre en même temps des petites doses de quinine et de fer, quatre fois par jour et s'il y a dépression générale avec retentissement sur le cœur, la digitale et la strychnine ; contre le délire, l'hydrobromate de hyoscéine par doses de 6-10 de milligramme ou les bromures à fortes doses.

—*Journal de médecine de Paris*

—Dans l'ictère catharral, rien n'est comparable au Phosphate de Soude donné par cuillerée à thé, bien dilué dans l'eau, trois fois par jour, ou un peu plus s'il est nécessaire pour tenir les intestins libres.

TRAITEMENT DES VOMISSEMENTS ALIMENTAIRES DES TUBERCULEUX

Etant donné, d'après M. Mathieu, que les tuberculeux vomissent après le repas, parce que les aliments viennent exciter la muqueuse stomacale innervée, comme les poumons, par le pneumogastrique, il faut s'en prendre à la muqueuse stomacale, point de départ du réflexe expulsif. On obtient un bon résultat en faisant avaler, soit de petits morceaux de glace, soit 2 à 4 cuillerées à bouche d'eau chloroformée, étendue d'une certaine quantité d'eau et espacées de dix en dix minutes ; on peut en donner 3 à 4 cuillerées à bouche, espacées après le repas d'une potion ainsi formulée :

Menthol..... 20 centigr.
Julep gommeux.....150 grammes.

Cette médication est la plus efficace des trois. Grâce à elle, d'après l'auteur, il est exceptionnel que les tuberculeux de son service vomissent après les repas.

DU SULFATE DE SOUDE COMME HÉMOSTATIQUE

M. Jacques Reverdin (Genève).—J'ai employé plusieurs fois avec succès le sulfate de soude à faibles doses (0,10 cent. toutes les heures) dans des hémorragies capillaires graves, spontanées ou traumatiques ; en particulier dans un cas où l'hémorragie consécutive à l'extirpation d'une tumeur bénigne sous-cutanée avait résisté à tous les moyens depuis huit semaines et où l'arrêt de l'hémorragie fut immédiat ; dans un autre cas d'hémorragie traumatique, dans des ménorragies, etc., etc.

Cette médication, employée par le P. Hussmaul et conseillée par lui est, paraît-il, populaire dans le nord de l'Allemagne dans l'hémophilie.

J'ai cherché à déterminer le mode d'action du sulfate de soude expérimentalement ; administré aux animaux (lapins, cobayes) par ingestion avec la nourriture ou par injection intra-veineuse, il paraît avoir pour effet de rendre plus rapide la coagulation du sang ; administré par injection sous-cutanée, il n'en a pas été de même dans les expériences que j'ai faites.

Dans les cas cliniques on ne devra pas employer les injections sous-cutanées, mais administrer le sulfate de soude par la bouche.

FORMULAIRE

ECZÉMA VULVAIRE

Dans l'eczéma des parties gé-
nitalles externes, chez la fem-
me, on emploie avec avantage,
dans le service du Dr Chéron, à
Saint-Lazare, des lotions au
chlorate de potasse laudanisé ;
voici la formule :

Chlorate de potasse.... 50 grs.
Laudanum de Syden-
ham..... 30 —
Aqua font's..... Un litre

BRONCHITE SIMPLE AIGUE

Terpine..... 5 grs.
Alcool..... 100 —
Glycérine..... 109 —
Mellit- de menthe..... 100 —

La préparation doit être
d'une couleur jaune miel, abso-
lument transparente et limpi-
de.

Le sirop de miel évite la pré-
cipitation.

Doses :

Chez l'adulte : 4 cuillerées à
soupe par jour.

Chez l'enfant : une cuillerée
à café par année d'âge, seule ou
dans la tisane.

POUDRE POUR LE TRAITE- MENT DE L'HERPÈS GÉNI- TAL (M. E. Gaucher.)

Alun pulvérisé.... { à 10 grs.
Poudre d'amidon. {

On saupoudre avec ce mé-
lange la région balno-prépu-
tiale. La guérison est généra-
lement rapide.

DESTRUCTION DES CORS

Acide salicylique 9 grs.
Ex. Cannabis Ind..... 1 —
Collodion..... 48 —

Appliquez chaque soir avec
un pinceau.—Dr WILPHY.

MIXTURE ANTIASTHMA- TIQUE

Teinture d'opium..... 4 grs
Ether sulfurique..... 8 —

Mêlez.—Prendre 50 gouttes
de cette mixture, dans un peu
d'eau, toutes les demi-heures,
jusqu'à ce que la crise se soit
amendée.—*La Semaine Médicale.*

IRRÉGULARITE ET INTER- MITTENCE DES BATTE- MENTS DU CŒUR

P. Digitalis..... 10 grains
P. Colchici Semen.... 15 —
Sodæ Bicarb..... 30 —

M. et Divid., in chart, No 20.

Une poudre de 6 en 6 heures
jusqu'à ce que le cœur se régu-
larise, puis on espace les pou-
dres de plus en plus, jusqu'à ce
qu'une seule donnée le soir soit
suffisante.

Le Dr Dobell dit avoir em-
ployé ces poudres au delà de
vingt ans, dans les affections
diverses du cœur, et assure
en avoir toujours obtenu un
effet marqué.

POMMADE CONTRE LES HE- MORRHOÏDES (Dr Monin)

Lanoline camphrée..... 40 grs.
Huile de ricin..... 10 —
Précipité blanc..... 5 —
Bromhydrate de cicutine 2 —

Mêlez. Appliquez matin et
soir.

POMMADE CONTRE LES CI- CATRICES VARIOLIQUES

Iodoforme..... 2 grs.
Collodion..... 30 —

Pour badigeonner à courts in-
tervalles sur la face, le cou, les
mains où siègent les éruptions.
Avec ce moyen pas de traces
de cicatrices.