

LA CLINIQUE

REVUE MENSUELLE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PUBLIÉE À MONTRÉAL

Vol. V

JUIN 1899

N° 11

CORRESPONDANCE

—

A MONSIEUR LE DOCTEUR ADELSTAN DE MARTIGNY

—

MON CHER CONFRÈRE,

C'est avec un vif intérêt que je lis dans LA CLINIQUE la réponse que vous voulez bien faire à l'exposé succinct de mon humble pratique des grands lavages de l'urètre et de la vessie. Je ne chercherai point pour me disculper d'avoir émis des opinions qui n'ont rien de classique, à m'abriter derrière une autorité quelconque, approuvant l'esprit sinon la forme de mon travail, où, je le répète, mon intention ne fut jamais d'être désagréable à qui que ce soit, surtout à vous, mon cher confrère, dont j'estime la personne et apprécie le savoir du médecin. Vous me reprochez sévèrement de n'avoir point fait la bibliographie de la question (page 317). Était-elle à faire ? Je ne le pense pas. J'ai cependant prévu l'objection (page 258, alinéa III) ; une bibliographie incomplète est souvent superflue ; complète, elle s'éloigne tout-à-fait du but de ma petite publication qui ne prétendait nullement ressembler à une revue générale.

J'ai dit que la technique usuelle des grands lavages, trop souvent abandonnée par le médecin au malade lui-même, devenait en cela absolument mauvaise et je vois

que, sur ce point, nous sommes presque d'accord pour une fois (page 304). Mais il y a plus : la méthode que vous défendez *en bloc* et dont je critique certains détails me paraît toujours incomplète, justement parce qu'elle ne tient pas un compte suffisant — à mon sens — de la physiologie normale et pathologique. Pour éviter des redites qui me conduiraient en somme à fournir de nouveau les arguments que contient déjà mon précédent article, je tenterai d'envisager l'une après l'autre chacune de vos objections.

La reconnaissance que vous manifestez à vos anciens maîtres honore votre caractère ; ce n'est pas moi qui trouverai mauvais que vous saisissiez l'occasion d'en donner un public témoignage. Vous ne pouvez que m'approuver, j'en suis sûr, de me voir rendre hommage à mon tour, à ceux qui veulent bien m'aider de leurs conseils et de leur expérience : au docteur Guépin dont je suis fier de me dire l'élève et à ses nombreux disciples, modestes praticiens comme moi, dont les judicieuses remarques m'ont aidé à combattre des théories dont les résultats annoncés n'étaient point ceux de notre pratique. Mais je ne puis admettre, avec vous, mon cher confrère, qu'il soit sans inconvénient — et je vous ai dit pourquoi — de dilater un urètre enflammé sous de fortes pressions comme celles qui doivent triompher de la résistance des sphincters. Vous dites " cela ne provoque jamais d'accidents." Ma conviction est diamétralement opposée à la vôtre. Nous sommes donc ici, comme partout plus loin dans cette discussion, absolument irréductible l'un et l'autre.

Je maintiens que l'action *antiseptique* des lavages médicamenteux est nulle ; j'ai d'ailleurs reconnu qu'ils avaient une action *chimique* (page 258 et page 260) qui varie quelque peu suivant la substance employée ; mais qui ne saurait être un spécifique contre tel ou tel microbe.

Les lavages uréthro-vésicaux restent toujours pour moi rarement indiqués et les solutions antiseptiques fortes ne pénètrent point en quantité notable, de mon fait, dans la

vessie de mes malades. Pourquoi ? Parce que j'en ai constaté les inconvénients, même lorsque ces lavages avaient été pratiqués par des confrères dont l'expérience ne peut être mise en doute ou tout au moins que je n'en ai pas apprécié l'influence heureuse. Entre vos mains, mon cher confrère, il n'en est point ainsi. Cela doit tenir à votre très grande habitude et au choix très judicieux des cas où vous les utilisez. La majorité des praticiens — et même des spécialistes — ne peuvent avoir l'ambition d'être toujours aussi heureux ; et, alors cette façon de procéder deviendra une arme à double tranchant.

Je ne veux point prolonger cette lettre qui ne fait pas avancer le débat ; mais je suis heureux que mon article m'ait valu la bonne fortune imméritée d'une réponse de votre part aussi claire que précise et qui m'instruit si elle ne peut me convaincre encore.

Croyez, mon cher confrère, que je confesserai mes erreurs sans honte le jour où je rencontrerai le chemin de Damas. Je ne m'engage pas trop en affirmant que d'autres ne manqueront point, s'il y a lieu, de faire amende honorable avec moi.

Agréé, je vous prie, l'expression de mes remerciements pour la courtoisie que vous voulez bien apporter dans cette discussion sur un sujet théorique et pratique avec l'assurance de mes sentiments confraternels les plus distingués.

DOCTEUR LOZÉ.

TRAVAIL ORIGINAL

**Quel doit être le traitement de choix de l'érysipèle
de la face ?**

PAR

LE DOCTEUR ADELSTAN DE MARTIGNY

MESSIEURS,

L'érysipèle de la face est une affection assez commune au Canada. Nous en avons tous rencontré quelques cas dans notre clientèle et chacun de nous doit avoir sur cette question de pratique courante son opinion basée sur ses recherches et sur son expérience personnelle.

C'est pour cette raison qu'il m'a paru intéressant de vous rapporter l'observation de deux cas qu'il m'a été donné de voir et de traiter durant ces deux dernières semaines. En effet, comme vous le verrez, j'ai cru devoir conseiller pour le deuxième malade, un traitement tout différent de celui que, depuis cinq jours, avait institué un confrère anglais très autorisé.

Depuis lors, j'ai consulté le traité de Clinique Thérapeutique du docteur Gaston Lyon, (un des meilleurs que je connaisse) et j'ai vu à ma grande surprise, qu'il était d'un avis contraire au mien. Je me suis dit alors qu'une courte discussion, entre nous, contribuerait à éclaircir cette question, chacun exprimant librement son opinion avec preuves ou raisons à l'appui.

Et d'abord il est des points qu'il n'est plus besoin de discuter. Nous savons par exemple que l'érysipèle de la face n'est pas un érysipèle médical ; que c'est, tout comme l'érysipèle chirurgical, un érysipèle traumatique résultant d'une infection locale par le streptocoque ainsi que nous l'enseignait déjà Reclus en 1890, à la page 230 du

partagé. Ainsi pendant que Landouzy conseille les injections du sérum de Marmoreck, Gaston Lyon estime que (je cite textuellement) : " Le seul traitement efficace de l'érysipèle est le traitement local, car l'érysipèle n'est pas une maladie infectieuse, d'emblée généralisée, c'est une maladie infectante." (page 863.) Après avoir parlé de la prophylaxie et du traitement général : Quinine, alcool, opium et bains froids, voyons quels sont les moyens mis en œuvre par les partisans du traitement local. Nous verrons qu'ils sont loin d'être d'un emploi simple et facile ; qu'ils réclament des procédés souvent très délicats et non toujours exempts de danger. C'est, par exemple, l'acide phénique, surtout employé par Hueter et monsieur le professeur Hayem. Hueter injectait 4 à 5 seringues de Pravaz d'une solution phéniquée 3% dans l'épaisseur de la plaque. Ces injections, fort douloureuses, peuvent être suivies d'accidents locaux et de phénomènes d'intoxication. M. Hayem (1882) a utilisé les badigeonnages phéniqués faits avec un pinceau imbibé d'un mélange par parties égales d'alcool et d'acide phénique. Il badigeonne le pourtour de la plaque érysipélateuse sur une surface de 2 centimètres, dont un centimètre de peau saine et un centimètre de peau infectée. Ce badigeonnage demande de grandes précautions. Il faut avoir soin que le pinceau soit bien exprimé et enlever l'excès de la solution dès que la surface blanchit. En effet, si la solution reste trop longtemps en contact avec la peau, on peut avoir des cicatrices.

Les compresses imbibées d'une solution (3 à 5 pour cent) ne semblent pas avoir donné grands résultats.

L'acide Borique est un traitement pseudo-antiseptique absolument nul.

C'est encore le mercure employé sous toutes ses formes, onguent napolitain, injections interstitielles, compresses imbibées d'une solution à 1 pour 2000 et les pulvérisations premier volume du traité de chirurgie. De fait il n'y a plus guère que sur le traitement que l'avis des auteurs soit

recommandées surtout par M. Talamon qui se sert de la solution suivante :

Sublimé.....	} aa 1 gramme	
Acide citrique.....		
Alcool à 99°.....		5 cent. cubes
Ether.....		Q. S. pour 50 c. c.

Les pulvérisations se font deux ou trois fois par jour avec un pulvérisateur à main ; elles doivent porter sur une surface de trois centimètres correspondant au bourrelet, moitié sur la partie saine, moitié sur la partie malade. La pulvérisation est très délicate à bien exécuter en raison de la causticité de la solution. Trop courte elle est sans effet, trop longue elle provoque une vésication douloureuse et on l'a accusée de causer une pigmentation persistante de la peau.

On a aussi employé les pulvérisations chaudes avec la liqueur de Van Swieten et les injections intra-dermiques.

Je citerai encore les compresses imbibées de solutions de salicylate de soude, de créoline et d'ichthyol qui mérite une mention spéciale car c'est précisément des compresses imbibées d'une solution d'ichthyol à 30% que mon confrère avait fait appliquer.

Enfin la traumaticine !

Enfin M. Chantemesse aurait employé comme pansement local le sérum de Marmoreck en solution dans cinq fois son poids de Lanoline.

J'en ai fini avec le traitement local.

Vous voyez, messieurs, que j'ai eu raison de dire qu'il n'est pas toujours facile à instituer. Je dois ajouter que la plupart de ces moyens compliqués tels qu'injections intra-dermiques, d'acide pnénique, badigeonnages de Hayem, pulvérisations de sublimé de Talamon, n'ont guère donné de bons résultats que dans les mains de leurs inventeurs.

Arrivons maintenant à nos deux observations.

Le premier malade, grand et fort garçon de 28 ans, me vint voir le 10 mai, avec un érysipèle de la face com-

mençant mais bien caractérisé et ayant déjà envahi le nez et une partie de la joue gauche.

Conducteur sur le chemin de fer du Pacifique entre Québec et Montréal, il partait dans une demie-heure. Je lui fis séance tenante une injection de sérum de Marmoreck de 20 cent. cubes et lui recommandai, une fois à Québec, des applications de compresses imbibées d'une solution de sublimé à 1 pour 2000, qu'il ne fit pas. Je n'eus pas le temps de prendre sa température, il se sauvait.

Il me revint le 13, n'ayant pas perdu de temps et parfaitement guéri depuis la veille.

Le deuxième cas est plus intéressant et plus probant.

Je fus appelé le 19 mai pour voir la servante d'un de mes clients, jeune fille de 19 ans grande et forte, malade depuis le lundi soir, 14 mai.

Dès le mardi matin, mon confrère avait fait appliquer des compresses imbibées d'une solution d'ichthyol à 30% qu'il faisait maintenir en permanence.

A l'intérieur, la malade prenait à toutes les trois heures, une cuillerée à thé de la solution suivante :

Tr. de fer muriatée.....	16 grammes
Glycérine.....	4 "
Eau ad.....	9 "

Vous le voyez, monsieur, c'était le traitemant antiseptique local idéal. Idéal, au point de vue théorique s'entend, car quant à la malade elle en réclamait la cessation depuis deux jours et à grands cris.

Lorsque je vis tout à coup la malade, je reculai, interdit, devant une figure noirâtre, sanguinolente et tellement bouffie, qu'à peine on pouvait apercevoir les yeux.

La température était de 105 et le pouls battait 148 à la minute. Cependant la malade n'avait pas pris le lit bien que se sentant très faible à pouvoir à peine marcher, et qu'elle éprouvât dans la tête de violentes douleurs.

Trouvant le cas très sérieux j'insistai sur la nécessité de faire immédiatement une injection de sérum et la fis

séance tenante. On mit la malade au lit, et je remplaçai ses compresses imbibées d'ichthyol par d'autres imbibées d'une solution de sublimé à 1 pour 4000 et fraîches. Le lendemain matin, la température était normale et le pouls à 96. Deux ou trois heures après son injection, la malade avait beaucoup transpiré et les douleurs de tête ayant complètement cessé, la nuit avait été très bonne.

Les compresses furent maintenues et la guérison continua sans encombre. N'était la coloration noire de la figure qui est toute désenflee, la malade serait allée faire hier un tour de promenade. La desquamation est déjà très avancée.

J'ai traité d'autres cas d'érysipèle de la face il y a plusieurs années, un entr'autres, avec mon ami le docteur Marien. Mais je ne les ai pas bien présents à la mémoire, et ils n'ajouteraient rien à la démonstration que je veux faire de la puissance curative du sérum de Marmoreck. Le second cas me paraît, en effet, plus que probant. Il me semble impossible de ne pas admettre l'action bienfaisante et vraiment héroïque du sérum dans ce cas où l'antiseptie locale s'était montrée impuissante, car bien que j'aie fait appliquer par acquis de conscience des compresses bichlorurées, je ne crois pas qu'on puisse leur attribuer la chute si rapide et si marquée de la température ainsi que l'abondante transpiration qui suivit l'injection. Leur action n'était que faiblement antiseptique, et elles succédaient à un antiseptique beaucoup plus puissant.

Et si d'ailleurs nous envisageons la question au seul point de vue théorique, n'est-il pas rationnel d'employer un agent qui rend l'économie entière impropre au développement du streptocoque chaque fois que nous avons affaire à lui ? Que nous importe que la maladie soit infectieuse, d'emblée généralisée ou simplement infectante de proche en proche ? Du moment que nous coupons les vivres à l'agent infectant, nous l'obligeons à mourir sur place bien plus sûrement et à moins de frais qu'avec les différents moyens dont j'ai parlé plus haut.

C'est là mon opinion personnelle. Mais comme la question n'est pas encore définitivement jugée, je suis heureux de la soumettre à votre discussion et je finis par où j'ai commencé : " Quel doit être, actuellement, le traitement de choix de l'érysipèle de la face."

DISCUSSION

M. le professeur Foucher remarque qu'il a eu l'occasion de traiter il y a 4 ou 5 ans deux cas d'érysipèle survenus dans son service. Chez ces deux malades il avait fait une opération et avait ouvert le sinus ce qui lui donnait des craintes vives. Comment l'érysipèle s'était-il déclaré ?

Il y avait alors un cas d'érysipèle dans le service du Prof. Rottot, et la maladie s'était communiquée malgré les plus grandes précautions antiseptiques.

Quoi qu'il en soit, le Prof. Foucher fit immédiatement une injection de sérum à ses deux malades dont la température s'abaissa aussitôt et qui guérirent rapidement.

Il en a conservé l'impression que le sérum est doué d'un très grand pouvoir curatif. Il n'apas eu d'érysipèle à traiter depuis lors. S'il en rencontrait il le traiterait par le sérum de Marmoreck qui lui paraît la méthode de choix.

M. le docteur HERVIEUX a traité à l'hôpital deux cas d'érysipèle de la face et les deux malades sont morts. Ce qui démontre, en passant, dit-il, que l'érysipèle de la face n'est pas toujours une maladie bénigne. L'un des deux malades fut traité par les méthodes anciennes (quinine et stimulants) l'autre par des injections de sérum antistreptococcique de Paquin.

Les malades traités par le docteur DE MARTIGNY et par le professeur FOUCHER étaient jeunes, en santé parfaite sauf l'érysipèle, et exempts de toute tare constitutionnelle, ce qui expliquerait pourquoi ils ont si bien guéri. Ceux qu'il a traités, au contraire, étaient dans un très pauvre état de santé.

Le premier, traité par le sérum, était assez âgé, dépassant la cinquantaine, artério-scléreux et, avant son entrée à l'hôpital, on lui avait appliqué deux larges vésicatoires sur le thorax. Les plaques étaient complètement dénudées, mais l'érysipèle ne s'y

était pas communiqué. Après chaque injection de sérum, la température monta d'un degré pour redescendre, quelques heures plus tard, à quelques dixièmes au-dessous de ce qu'elle était avant l'injection.

Le second malade aussi âgé que le premier, était un alcoolique avancé, avec œdème généralisé.

Ces deux malades entrés le même jour sont morts le même jour aussi.

Quoiqu'il en soit du résultat de ces deux observations, il conclut pleinement dans les conclusions de mon confrère le docteur DE MARTIGNY et croit que le sérum de Marmoreck est le traitement de choix de l'érysipèle de la face.

Mais il doit dire qu'il ne se range à cet avis par raison plutôt que par les résultats que nous fournit l'expérience. En effet, s'il s'en rapporte aux statistiques obtenues dans le service de M. Chantemesse, elles ne sont pas brillantes. La statistique italienne est encore moins encourageante et porte, autant qu'il s'en rappelle, sur huit cas graves avec huit morts, malgré le sérum.

A quoi sont dûs les résultats si différents obtenus par les expérimentateurs ? Peut-être à ce fait que, de tous les microbes, le streptocoque est celui qui offre le plus de variétés, de familles diverses, douées chacune de virulence différente et de propriétés particulières.

Or, les animaux immunisés par les toxines d'une de ces familles, donnent peut-être un sérum puissant contre les streptocoques de la même famille, et très faible contre ceux d'espèces différentes. Et peut-être faudrait-il, pour atteindre des résultats certains par les injections, connaître exactement la famille à laquelle on a affaire afin de lui opposer un sérum de même origine.

En tout cas, pour se résumer, il croit que, en présence d'un érysipèle, nous devons injecter le sérum de Marmoreck. Si nous n'obtenons pas toujours l'effet voulu, au moins avons-nous la satisfaction de n'avoir pas laissé la maladie suivre son libre cours, et avons-nous lutté en lui opposant des moyens rationnels.

Le docteur DE COTRET a traité deux cas d'érysipèle chez des femmes enceintes. La première, il y a deux ans environ, a été traitée par les applications antiseptiques et la quinine et elle a été malade pendant trois semaines et a mis un long temps à se rétablir.

La seconde, qu'il traita tout dernièrement avait, lorsqu'il la vit, une température de 103° et un pouls de 138. Une injection de 10 c. c. de sérum de Marmoreck fit tomber la température, mais

deux jours après elle était remontée à 103 avec un pouls à 148. Il injecta alors 20 c. c. du même sérum. Le lendemain la température était tombée à 97 et le pouls à 96. La guérison s'est maintenue et la femme accoucha deux ou trois jours plus tard et eut des suites de couche absolument normales. Pour lui, l'action du sérum est incontestable et le dernier cas lui paraît indiscutablement démonstratif. C'est donc le traitement de choix dans l'érysipèle.

Si l'on a parfois des résultats peu satisfaisants, il croit qu'il faut l'attribuer au mauvais terrain sur lequel on opère et non au sérum dont, peut-être aussi, on a employé des doses trop faibles. Il vaut donc mieux, suivant lui, employer de suite de fortes doses et les répéter en plein si, au bout de 12 ou 24 heures, on n'a pas obtenu l'effet attendu.

Le docteur DUBÉ fait remarquer que le sérum employé par le docteur Hervieux était un sérum vieux de plus d'un an et donné par le docteur PAQUIN, lui-même, lors de sa visite à Montréal.

Le docteur BENOIT trouve que deux points méritent l'attention de l'assemblée dans deux cas rapportés par le docteur HERVIEUX. L'un des malades était un alcoolique avec de l'anasarque indiquant le mauvais fonctionnement et la diminution de perméabilité des reins. Le second était artério-scléreux et par-dessus le marché, on lui avait appliqué deux vésicatoires qui ont dû produire une très forte irritation de l'épithélium rénal et diminuer beaucoup au moins momentanément la perméabilité des reins. C'est même la raison qui porte la plupart des auteurs à proscrire l'usage du vésicatoire.

Or nous savons que dans toutes les maladies infectieuses au cours desquelles l'économie peut être saturée par les toxines microbiennes, le pronostic dépend en grande partie de la perméabilité rénale. Et nous devons attacher encore plus d'importance à cette perméabilité lorsque nous voulons instituer un traitement par le sérum et qu'il s'agit d'introduire dans l'organisme des antitoxines qui devront aussi s'éliminer par le rein. Il paraît donc probable que nous ne devons pas compter la mort du malade du docteur HERVIEUX comme une preuve d'inefficacité du sérum, mais bien plutôt l'imputer à l'insuffisance rénale !

Le docteur BOULET dit que LANDOUZY estime que la mort dans l'érysipèle est souvent causée par l'anormalité d'un organe important de l'économie. Cela concorde avec les remarques du docteur BENOIT.

Le docteur MERRIL estime qu'en général la gravité de l'éry-

sipèle dépend bien plus du malade que de la maladie elle-même. Et il se base sur l'expérience qu'il a acquise, en fait d'érysipèle, depuis 15 ans qu'il est à l'Hôtel-Dieu où, chaque année, il a eu l'occasion d'en voir des cas nombreux, surtout pendant ses premières années de service, alors que le sérum de Marmoreck était inconnu. Or, en général, avec l'ancien traitement, les érysipélateux guérissaient sans trop d'encombre.

Et il estime que dans certains cas rebelles, tous les traitements seront vains parce que le terrain est mauvais. Et le cas du docteur HERVIEUX démontre clairement que même le sérum est impuissant à lutter contre l'infection développée chez certains sujets tarés.

Le docteur MARIEN dit qu'il y a évidemment plusieurs facteurs de la gravité de l'infection streptococcique. Les explications si scientifiques du docteur HERVIEUX nous permettent déjà de comprendre bien des choses. Outre la diversité des familles qui permet à certains streptocoques de résister au sérum obtenu par l'action de streptocoques différents, il faut bien se rendre compte que si le sérum arrive au moment où l'économie est déjà sidérée par les toxines, il sera sans effet.

J'ai vu avec un confrère, il y a bientôt deux ans un malade qui avait, m'a dit le médecin traitant, une affection cardiaque. Le malade avait une infection de la lèvre et l'érysipèle avait rapidement envahi la figure, l'enflure était énorme.

Eh bien, malgré les incisions profondes, malgré les antiseptiques locaux très énergiques, malgré la quinine, les stimulants et le sérum abondamment injecté, le malade est mort.

Nous voyons donc qu'il est des cas d'une excessive gravité dont la cause exacte nous échappe encore et contre lesquels le traitement demeure impuissant, quoique nous fassions.

Le docteur DE MARTIGNY. Quelques mots seulement pour répondre aux remarques si justes qui ont été faites et particulièrement à celles de Monsieur le docteur Hervieux.

Monsieur le docteur HERVIEUX cite les statistiques du service de monsieur le docteur Chantemesse et ne les trouve pas très brillantes. Eh bien, ces statistiques portent sur un millier de cas environ dont un certain nombre étaient des cas légers auxquels on n'a pas donné le sérum et qui ont guéri. On a donc ainsi enlevé au sérum des avantages assez considérables quant à la statistique en n'employant le sérum que pour les cas jugés assez graves. De plus, parmi les cas traités par le sérum, la moitié, environ, ont

bénéficié d'un sérum d'un pouvoir de 7000, et ont donné un très faible pourcentage soit 1 et une fraction pour cent, alors que l'ancien traitement, portant sur l'ensemble des cas, légers et graves, donnait une mortalité beaucoup plus élevée, 4 pour cent environ. C'est là, il me semble, un assez beau résultat.

L'autre moitié des malades a été traitée au moyen d'un sérum dont le pouvoir était bien moins grand, 500 et, naturellement la mortalité a été plus élevée.

Monsieur le docteur Hervieux parle des nombreuses variétés de streptocoques douées de virulence plus ou moins forte et résistant plus ou moins à l'action de l'antitoxine.

Cela est vrai, en tout point, mais au lieu de conclure à la nécessité de se servir d'un sérum ayant un pouvoir antitoxique égal au pouvoir toxique du streptocoque qu'il s'agit de combattre, il me semble plus simple d'obtenir une fois pour toutes un sérum d'un pouvoir antitoxique exagéré, comme le fait Marmoreck, et l'on est sûr alors de son action effective sur toutes les variétés de streptocoques. En effet, si le sérum s'est montré impuissant, c'est lorsque son pouvoir antitoxique était inférieur au pouvoir toxique de l'agent infectant. Et, en dehors de toute question de terrain, c'est peut-être ce qui est arrivé dans le cas du docteur Hervieux, puisqu'il s'est servi d'un sérum vieux et, par conséquent, peut-être altéré; d'un sérum provenant du docteur Paquin, dont la puissance primitive nous est inconnue. Le sérum de Marmoreck, possède aujourd'hui une puissance antitoxique de 30000 et peut-être les résultats auraient-ils été différents si le docteur Hervieux avait employé celui-là. Ce qui me porte à le croire c'est qu'il a observé une élévation de température après chaque injection de ce sérum, ce qui pourrait faire penser qu'il n'était pas parfaitement stérile, puisque, au contraire, avec celui de Marmoreck, nous obtenons rapidement une chute notable de la température, ainsi que dans le deuxième cas que j'ai rapporté.

Mon ami le docteur Marien nous a parlé de l'impuissance du sérum chez les malades sidérés par la toxine streptococcique.

Certes ! mais c'est là un fait acquis en sérothérapie, aussi bien pour les streptococcies que pour la diphtérie, comme Roux l'a si bien démontré au sujet de cette dernière maladie. C'est ce qui fait que les résultats sont si différents suivant que l'on a employé le traitement le premier ou le cinquième jour, par exemple, de la diphtérie. Il est clair, et nous n'avons pas à nous y arrêter, que le sérum n'a d'action que sur le microbe lui-même, vivant au moment où on fait l'injection, et ne saurait avoir aucune influence

sur les lésions produites antérieurement. Si le malade est déjà empoisonné au moment où nous faisons l'injection, nous n'y pouvons rien, c'est entendu.

Reste l'importante question du terrain si bien mise en lumière par les remarques du docteur Benoit.

Que faire pour un malade chez lequel se sont produites des toxines que les reins ne peuvent éliminer ? Peu de chose, on le comprend. Et le sérum lui-même perd de sa puissance puisqu'il ne peut contribuer à une élimination impossible. Mais cette question du terrain devient beaucoup moins importante si l'on peut établir le traitement antitoxique dès le début de l'infection et avant que les toxines aient eu le temps de se produire. On supprime ainsi toute difficulté quant à leur élimination. En résumé, il me semble que l'on peut conclure que le sérum est le traitement de choix ; qu'il importe d'en avoir un dont la puissance soit très grande et de faire l'injection le plus tôt possible, ce qui réduit à peu de chose l'importance du terrain.

Le docteur HERVIEUX ajoute à ses remarques précédentes qu'il est d'avis que le sérum est le traitement de choix comme il l'a déjà dit. Il s'est servi du sérum de Paquin et non de celui de Marmoreck ainsi qu'il en a fait mention à l'assemblée, mais le sérum était absolument limpide sans dépôts ni flocons et paraissait parfait. Il tient à faire remarquer à l'assemblée qu'il n'a cité les moyennes dont il a parlé que de mémoire et qu'il ne faut pas les prendre comme absolument exactes.

Le docteur ASSELIN, président, trouve les cas rapportés très intéressants ainsi que la discussion qui s'en est suivie. Il a assisté en 1894-95 dans le service du professeur Dieulafoy aux premières expériences cliniques de Marmoreck. Ce qui frappa surtout Dieulafoy fut la disparition rapide des douleurs de tête, en deux heures à peine, et l'apparition de la desquamation qui commença dès le lendemain.

Il croit qu'il faut être très particulier sur le choix du sérum. La limpidité ne suffit pas à en assurer la qualité parfaite, au point de vue de la puissance, tout au moins. Il est possible qu'un sérum se conserve stérile pendant un an, mais peut-être ses propriétés antitoxiques peuvent disparaître pendant ce temps.

A. DE M.

NOTA. A la page 511, veuillez lire les deux dernières lignes les premières.

REPRODUCTION

**Prophylaxie et Traitement de la Tuberculose
Pulmonaire dans la Classe Pauvre**

PAR

M. LE DOCTEUR M. LETULLE

Il n'y a pas encore vingt ans, le monde médical de tous les pays était à peu près unanime à ne pas admettre la contagiosité de la tuberculose. Les admirables travaux de Villemin, venus trop tôt, laissaient désarmés ses plus enthousiastes défenseurs. En isolant le bacille tuberculeux et en donnant, à l'heure propice, la démonstration irréfutable de la nature vivante du tubercule, Koch ouvrit, enfin, l'ère nouvelle.

Aujourd'hui la question de la prophylaxie de la tuberculose domine toutes les autres questions d'hygiène sociale. L'humanité cherche les moyens de se défendre contre l'Ennemi commun, mille fois plus meurtrier que le choléra, la peste ou la fièvre jaune. La lutte contre la Tuberculose est internationale, en l'Europe, l'Amérique du Nord, l'Océanie ont entamé vigoureusement le bon combat.

Comment peut-on se protéger contre les poussières et contre les aliments bacillifères, et, pour circonscrire les débats au sujet le plus urgent, le plus complexe aussi, comment lutter contre la tuberculose pulmonaire ? Les aliments chargés de bacilles, le lait, le beurre, les viandes, en effet, sont rendus stériles par la cuisson à une température suffisante. Ainsi, au moins en théorie, la prophylaxie contre les aliments tuberculeux est toujours et partout réalisable. On n'en peut pas dire autant, ni des poussières chargées de bacilles tuberculeux qui infestent les grandes villes, ni des individus frappés par la phtisie pulmonaire et expectorant, au hasard du chemin, leurs crachats virulents, source inépuisable du contagement.

Certes, il est douloureux de le constater, l'homme tuberculeux est un danger pour la société. De là à en faire un paria, comme on l'observe dans nombre de familles, depuis que la notion de la contagiosité du bacille s'est répandue par le monde, il y a un abîme.

L'individu riche, qui peut se soigner, mieux préparé par son éducation antérieure aux lois de l'hygiène individuelle, sait se soumettre aux précautions prophylactiques si simples que le médecin hygiéniste lui propose. Il lui suffit de recueillir méthodiquement ses crachats (dans lesquels la présence de bacille est d'une constatation facile) dans un crachoir additionné de liquide et dont la toilette méticuleuse est bien faite plusieurs fois par jour. Jamais plus donc ce bacillaire riche ne crachera dans un mouchoir ; sa bouche est soigneusement entretenue ; aux repas et ailleurs, après la quinte de toux et après l'expectoration, ses lèvres sont minutieusement essuyées à l'aide de l'un quelconque de ces papiers japonais qui, ne servant qu'une fois, sont aussitôt détruits par le feu ou noyés dans un vase approprié.

Même cavitaire, notre tuberculeux n'est d'aucun danger pour son entourage, à plus forte raison pour la société, et la blanchisseuse qui lave son linge n'a pas à redouter la terrible contagion. La ville qu'il habite n'a rien à craindre de lui ; c'est lui, tout au contraire, qui souffre par elle, à cause des innombrables poussières atmosphériques qu'il y respire, de sorte qu'il fuira, sitôt que les conseils de son médecin l'auront engagé à s'exiler à la campagne.

Pour la classe des riches, pour les personnes aisées, la prophylaxie de la tuberculose pulmonaire est donc tout individuelle. Le malade fait à ses dépens les frais de sa maladie et de son traitement. Ne mettant en circulation aucun des bacilles qui ont pullulé dans ses poumons, détruisant lui-même ses crachats avant de les jeter à l'égout, il représente, au point de vue de l'hygiène sociale, une quantité négligeable. La communauté n'a rien à lui demander, sinon de se conformer aux règlements sanitaires en usage. Lui, par contre (nous parlons des principes et non de leur application) a le droit d'exiger d'elle la réciprocité : l'un ne doit pas nuire à l'autre.

Est-ce ainsi que les choses se passent ? Pour le savoir, voyons ce que la société fait en faveur de la classe pauvre.

Les pauvres, c'est-à-dire la masse immense, presque innombrable des travailleurs, de ceux qui vivent au jour le jour et gagnent leur vie au prix de quels efforts ! Ces pauvres ne peuvent, en aucune façon, se protéger, comme les riches, contre la tuberculose. Leurs moyens de défense individuels sont, en France du moins, nuls encore ou presque nuls, car ils ignorent même les premières notions d'hygiène prophylactique. Pour ne parler que de Paris, qui leur montre les dangers des crachats tuberculeux ? Quand la phthisie pulmonaire les met à bout, qui les recueille, les

isole et leur assure les merveilleux et indiscutables moyens du traitement hygiénique ? où et comment leur procure-t-on la triple cure, d'air pur, de repos complet et de généreuse alimentation ?

Commençons par la prophylaxie urbaine : nous verrons ensuite l'hospitalière. Tous les hygiénistes du monde proclament que la contagion de la tuberculose pulmonaire s'exerce par les crachats ; tous reconnaissent que le seul moyen, pratique et peu coûteux, d'éviter la dissémination des poussières bacillères est de recueillir les crachats, tous les crachats sans distinction d'origine, d'empêcher leur dessiccation et de hâter leur destruction. Si, par un coup de magie, tous les habitants de Paris, d'un commun accord, cessaient d'expectorer par terre, dans leurs mouchoirs, serviettes et autres objets, pour le restant de leurs jours, et s'ils pouvaient imposer à leurs héritiers la même propreté pratique, en d'autres termes, si les crachoirs nationaux et les crachoirs individuels se substituaient à la pratique ignoble du crachat à terre, on peut affirmer que la mortalité par tuberculose pulmonaire deviendrait, à Paris, une exceptionnelle rareté. Mais pour qu'une pareille révolution se produise, il faudrait trop d'héroïsme de la part des Pouvoirs publics, de l'Autorité, de l'Administration et des individus. Ce serait un cataclysme. Cracher partout et sur tout est une tradition presque nationale ; bien plus, c'est une habitude invétérée contre laquelle une réforme de nos mœurs ne servira de rien, tant que la masse du public ne sera pas convaincue.

Et cependant on pourrait, sans grands efforts, arriver à corriger, d'abord en partie, puis en général, cette coutume vraiment meurtrière, qui consiste à jeter sur tous le monde les produits de l'expectoration pulmonaire. Les Pouvoirs publics n'auraient qu'à continuer la campagne déjà commencée, par exemple, dans les omnibus, au nom du Comité d'hygiène et de salubrité. Là, on défend de cracher sur le plancher de la voiture, et cette simple note, bien acceptée du grand public, a produit son effet. Ces demi-mesures ne sont pas suffisantes ; un seul moyen, énorme d'effet et gros de conséquences existe : c'est la mise en batterie des crachoirs.

Il faut, de toute nécessité, que l'Administration, les mairies, les gares de chemins de fer, les banques, les facultés (y compris celle de Médecine, qui n'a pas encore de crachoirs, pas plus dans ses escaliers que dans ses salles de cours ou d'examen !), les églises et les temples, aussi bien que les théâtres, les casernes et les jardins publics exposent à tout venant, bien en vue, à profusion et à bonne hauteur, leurs crachoirs hygiéniques à demi remplis de li-

quide. Seule, cette leçon de choses, critiquée d'abord, sinon même chaussonnée et ridiculisée, demeurera la sauvegarde des lois d'hygiène sociale. Crachez dans les crachoirs et pas autour d'eux ; et l'on vous imitera aussi bien dans les grands magasins que dans les fabriques, à l'atelier qu'au bureau.

Tant que cette réforme ne sera pas en vigueur à Paris, rien ne sera fait. Une fois réalisée chez nous, toutes les villes de France nous imiteront, pour le plus grand bien de nos compatriotes, et notre mortalité de 125,000 tuberculeux par an diminuera aussitôt dans des proportions invraisemblables. En attendant ces beaux jours, le Français, né sentimental, continuera à vivre, travailler, souffrir et mourir seceptique.



Et maintenant jetons un coup d'œil sur l'hygiène prophylactique des tuberculeux pauvres, tant chez eux qu'à l'hôpital. Tant qu'il le peut, l'ouvrier parisien touché par la tuberculose pulmonaire ne s'arrête pas ; il travaille jusqu'aux derniers jours. La raison de ce courage est double : il a derrière lui, le plus souvent, femme et enfants qu'il fait vivre ; sa femme ne pouvant subvenir à elle seule aux frais du ménage, il lutte jusqu'à la fin. De plus, l'hôpital tel qu'il existe lui fait peur, ou mieux encore ne lui dit rien ; il sait que les poitrinaires, à l'hôpital, sont abandonnés presque toujours, heureux encore quand ils sont consacrés dans les services jusqu'à l'heure de leur belle mort. Chez lui, l'ouvrier bacillaire crache partout, comme il le faisait, sain, à l'atelier, au cabaret, dans la rue. Il sème donc la mort dans son entourage.

Aussi la tuberculose familiale et la méningite tuberculeuse des enfants du peuple font-elle rage, comme on sait, à Paris.

Quand la misère arrive, et que le médecin du bureau de bienfaisance a passé, les difficultés ne sont pas moindres, au point de vue de la prophylaxie. On sait, par les efforts intéressants et inlassables de notre confrère A. -J. Martin, quels impédiments amène avec lui, laisse après lui le service de désinfection de la Ville de Paris. Les voisins du malade, le concierge, le propriétaire, le considèrent comme un pestiféré, cet homme malade chez lequel viennent et reviennent les crachoirs et les voitures de la Ville.

A l'hôpital, où il finit bien par aller mourir, que se passe-t-il ? Je n'ai pas à refaire, pour nos lecteurs, la triste odyssée du tuberculeux parisien hospitalisé. Il me suffit de considérer, avec tous les médecins qui s'occupent de phtisio-

thérapie, les deux groupes de tuberculeux appartenant à la classe pauvre et venant se confier à l'Assistance publique parisienne. Ce n'est pas ici le moment de m'occuper des autres villes de France, non plus que de l'ensemble du territoire. Les tuberculeux hospitalisés se divisent, deux-mêmes, en deux catégories : dans la première figurent les phtisiques avancés, cavitaires, incurables, avec ou sans quelque'une de ces nombreuses complications, qui sont comme les satellites de bacillose pulmonaire (pneumo-thorax, pleurésie purulente caséeuse, entérite, péritonite, mal de Pott, etc.); dans la seconde se placent les cas de tuberculose non encore ouverte ou à peine ouverte ; hémoptoïque ou non, éréthique, floride, ou lymphatique, suivant les cas. Aux premiers de ces malades l'hôpital doit, avant tout un lit d'urgence, puis des soins appropriés, mais simples, tels qu'on les accorderaient à tout chronique, tant en médecine qu'en chirurgie. Un cardiaque mitral asystolique a les mêmes droits que de tels patients, mais comme il n'offre pas les mêmes dangers de contamination, il n'a pas besoin d'être isolé.

L'isolement de la phtisie pulmonaire bacillaire ouverte est un principe absolu d'hygiène hospitalière auquel nul ne doit se soustraire.

L'Administration de l'Assistance publique, en décrétant, il y a quelques mois, cet isolement, a donc fait son devoir, tout son devoir, rien que son devoir. L'application de ce principe, la technique de l'isolement des phtisiques hospitalisés, est plus délicate comme manœuvre, et la formule pratique demeure encore à trouver. L'expérience des services de Lariboisière et de Boucicaut n'est pas définitive et a besoin d'un correctif.

Ce correctif, je le trouve précisément dans les devoirs de l'Administration de l'Assistance publique à l'égard des tuberculoses non ouvertes ou peu ouvertes, en un mot à l'égard des tuberculeux *encore curables* qui entrent, chaque jour, dans nos hôpitaux. A ceux-là, des soins spéciaux sont nécessaires ; la cure hygiénique s'impose, et, par cette expression, il faut entendre l'ensemble des mesures tant hygiéniques que prophylactiques obligatoires. De même que tous les autres malades, atteints de quelque affection que ce soit, doivent être à l'abri des crachats bacillifères expectorés par les phtisiques incurables de la première catégorie, de même nos tuberculeux encore curables ont le droit d'exiger de ne pas être mélangés avec les cavitaires. On aura beau prendre toutes les précautions officielles contre la dessiccation des crachats, les grands malades cracheront partout, même

dans les services d'isolement les mieux organisés, les plus sévèrement surveillés. Et les tuberculeux curables, couchés pêle-mêle au milieu des incurables en souffriront matériellement, et même moralement.

Si l'on veut, d'une façon bien sincère, et entraîné par la foi nouvelle, s'occuper des tuberculeux curables hospitalisés, ce n'est pas en créant pour eux des services d'isolement dans les hôpitaux de Paris qu'on pourra se flatter d'avoir accompli la réforme tant demandée par tout le monde.

Un sanatorium pour tuberculeux curables ne doit pas se construire à Paris, au milieu des tourbillons de poussières soulevées par deux millions et demi d'hommes, sans compter les animaux domestiques qui fourmillent dans la Ville monstrueuse. La cure du tuberculeux doit, de toute nécessité, se faire loin de la ville, hors de sa sphère morbifique, sur les hauteurs, aux champs, à l'air pur. Voilà une vérité, *banale* à force d'être redite sur tous les tons, par tous les hygiénistes. *On ne traite pas la tuberculose pulmonaire dans une ville impure, comme l'est Paris, Vienne ou Berlin.*

La cure de repos serait-elle possible dans ces salles d'hôpital où la mixture des deux groupes de bacillaires a lieu ? En aucune façon. Sur 12 ou 20 malades qui toussent à l'envi, les curables peuvent-ils dormir, se reposer, sommeiller, s'étendre en toute tranquillité le jour, se détendre en silence la nuit ? Cruelle situation, inextricable au dire de quelques auteurs, puisque les phtisiques pauvres ne peuvent trouver, à Paris, actuellement, les chambres isolées ou les petites salles de trois et quatre lits, où ils auraient le calme et le repos tant nécessaires.

Et la cure d'alimentation reconstituante, la peuvent-ils pratiquer dans nos hôpitaux ? Pas d'avantage. Je l'ai dit, redit, démontré péremptoirement, l'Administration de l'Assistance publique parisienne n'a les moyens d'assurer à ses 3 ou 4 mille indigents tuberculeux *encore curables* ni les bienfaits de la cure alimentaire, ni ceux de la cure de repos (trop coûteuse pour le malade immobilisé et pour l'Assistance), ni, enfin, ceux de la cure d'air pur, *Paris étant une atmosphère fatalement viciée.*



Concluons. Si l'Assistance publique peut ouvrir l'ère des réformes concernant la tuberculose pulmonaire, et qu'elle le veuille, elle devra opérer *simultanément* une triple série de travaux :

1. Assurer, dans les différents hôpitaux susceptibles d'un tel remaniement, l'aménagement de services spéciaux, aseptiques, parfaitement organisés au point de vue de l'hygiène hospitalière et de la prophylaxie des crachats, services petits, par salles contenant peu de lits, où les phthisiques incurables recevront tous les soins communs que comporte leur maladie chronique, et où ils pourront mourir en paix, sans avoir l'impression douloureuse d'une léproserie d'où personne ne doit sortir. Là, la triple cure hygiénique est inutile : elle nécessiterait des dépenses colossales, en disproportion avec les résultats qu'on obtiendrait par hasard, quelquefois un curatif parvenant de temps à autre à déjouer les pronostics les plus sombres.

2. Créer, pour ceux des tuberculeux encore curables qui ne peuvent ou ne veulent point quitter Paris et aller aux sanatoriums, de petits pavillons bien aménagés où les malades, peu nombreux, pratiqueront, dans les conditions forcément très défavorables, l'essai loyal de la cure d'air, de repos et d'alimentation. Mais, il sera bien entendu que ces petits sanatoriums intra-hospitaliers, ces demi-sanatoriums ne seront que des *pis-aller*, voire même des pavillons d'attente d'où les indigents tuberculeux curables seront, aussi vite que possible, transférés aux sanatoriums extra-urbains.

3. Réserver à la création de ces sanatoriums campagnards le plus gros morceau du budget accordé à la prophylaxie et au traitement de la tuberculose pulmonaire des indigents. Le sanatorium d'Angicourt, beaucoup trop coûteux (au point qu'il n'arrive pas à s'ouvrir), est d'un mauvais exemple. Les vrais sanatoriums populaires pour tuberculeux pauvres sortent partout de terre, en Suisse, en Allemagne, aux États-Unis. Ils ne sont pas luxueux, mais contiennent de nombreuses places, ce qui est mieux, et, de la sorte, ils sauvent des milliers d'individus. En France, à l'heure actuelle, sans compter l'œuvre des enfants tuberculeux qui, sous l'impulsion de M. Léon Petit, a accompli des miracles, il n'y a qu'un seul sanatorium populaire pour adultes qui fonctionne, celui de Cimiez, fondé par les israélites charitables ; il a 20 lits. Lyon, qui est à la tête du mouvement quand il s'agit d'œuvres d'assistance, a trouvé le moyen d'élever en quelques mois le sanatorium de haute-ville qui va fonctionner avec 100 lits. Amiens, le Havre, Rouen, Orléans, ont suivi le mouvement et s'empressent, à l'envi, d'organiser des sanatoriums populaires. Paris, lui, reste silencieux, avec Angicourt et ses *futurs 200 lits ! !*.

On le voit, par ce court exposé, l'œuvre de la prophylaxie et de la cure hygiénique des tuberculeux pauvres, si capitale, puisqu'il y va, rien qu'à Paris, de la vie de milliers d'individus, commence à peine chez nous, alors qu'elle bat son plein chez nos voisins de l'Est. Elle est toute d'actualité cependant pour les Parisiens qui, riches et pauvres, meurent victimes de l'incurie de l'Administration, en attendant les miracles qui naîtront de l'initiative privée.

Que l'État donne l'exemple de l'hygiène prophylactique, et les collectivités suivront. Mais, par contre, que les âmes généreuses et riches agissent en créant des sanatoriums populaires, et l'État ainsi que l'Administration, entraînés par le bon exemple, marcheront à leur tour. A chacun donc d'agir, selon ses moyens, soit en prêchant la bonne parole, soit en secouant la torpeur administrative, soit en apportant son obole. Ainsi arriveront les jours meilleurs, où la solidarité humaine réalisera les prodiges annoncés et promis, et où la vie du pauvre et celle du riche auront la même valeur et seront assurées de la même protection sociale.

FORMULAIRE DE L'ÉPISTAXIS

PAR

LE DOCTEUR P. LACROIX

Le traitement rationnel de cette affection, si fréquente et pour ainsi dire, dans bien des cas, banale, doit viser à la fois deux buts différents : d'une part, arrêter l'hémorrhagie nasale pour laquelle on est appelé, c'est-à-dire faire l'hémostase immédiate, et de l'autre, prévenir, aussi complètement que possible, le retour offensif de l'épistaxis.

A moins de circonstances tout à fait spéciales, il est rare de rencontrer dans la pratique journalière une épistaxis assez abondante pour nécessiter une intervention très énergique d'emblée et il est de règle de graduer progressivement la thérapeutique, de façon à passer des moyens simples aux procédés plus efficaces, si les premiers ont été insuffisants. Bien souvent, en effet, l'hémorrhagie s'arrête sous la seule influence de ces moyens simples.

Le malade surpris par l'épistaxis sera placé, autant que pos-

sible, à l'air frais, sa tête étant maintenue droite et légèrement penchée en avant, de façon à ne pas masquer l'écoulement sanguin en le laissant descendre dans le pharynx nasal. Le patient pourra pratiquer lui-même une pression modérée sur la partie antéro-inférieure de la cloison du nez, en serrant convenablement entre deux doigts d'une main les ailes du nez ou bien seulement avec un doigt unique et d'un côté, suivant que le sang s'écoule des deux ou d'une seule fosse nasale. On lui recommandera, bien entendu, de respirer alors soit par la bouche, soit par la narine libre, s'il y a lieu, et bien souvent cette simple compression, aidée d'une lotion froide sur le front et la racine du nez, suffisent à arrêter entièrement l'épistaxis. Cette méthode, en outre, a le très grand avantage de pouvoir se pratiquer partout et toujours.

Si l'épistaxis persiste malgré cela, il faut alors passer progressivement, comme nous l'avons dit, aux procédés plus efficaces et, à ce propos, il est absolument indispensable d'avoir toujours présent à l'esprit un point essentiel de pathogénie qui est le suivant : la partie de la pituitaire qui saigne, dans la grande majorité des cas, est celle qui tapisse le tiers antéro-inférieur de la cloison ; c'est sur cette région qu'il faudra déposer les différents hémostatiques.

Deux médicaments bien connus se disputent à l'heure actuelle la faveur des spécialistes dans l'hémostase nasale. Le premier, l'antipyrine, en poudre ou en solution à $\frac{1}{2}$, est le plus ancien. Le second, l'eau oxygénée pure ou dioxyde d'hydrogène, introduit assez récemment dans l'arsenal thérapeutique, est un agent fort utile et le praticien fera son choix entre ces deux préparations également recommandables et à peu près inoffensives, lorsqu'on les manie sans excès. Je n'ai pas besoin d'ajouter que l'on s'abstiendra rigoureusement d'utiliser le perchlorure de fer.

On prépare, séance tenante, un petit tampon de ouate hydrophile que l'on imbibe largement d'eau oxygénée à 12 volumes ou d'antipyrine en solution et on l'introduit à l'entrée de la fosse nasale qui saigne, en l'étalant sur la cloison. Il est toujours préférable, bien entendu, si on sait manier le spéculum rhinoscopique, de porter exactement, grâce à lui, le tampon sur le point qui donne.

Lorsque l'épistaxis ainsi traitée ne diminue pas sensiblement, pour bientôt s'arrêter, il y a lieu de croire qu'elle a une source plus profonde, le pharynx nasal par exemple. Dans ces circonstances, on fait coucher le malade, sa tête étant placée horizontalement et on verse alors par les narines, le long du plancher

et fosses nasales, une cuillerée à café d'une des solutions hémostatiques précédentes, qui arrive ainsi jusqu'à l'arrière-cavité du nez.

Un moyen également simple et recommandable consiste à introduire au travers du spéculum, qui facilite singulièrement la manœuvre, une mèche de gaze iodoformée tout le long de la fosse nasale de manière à constituer un pansement assez lâche et non un tamponnement, l'iodoforme jouissant d'ailleurs de propriétés, à la fois hémostatiques et antiseptiques.

Comme traitement général, enfin, il ne faudrait pas hésiter, en présence d'une hémorragie se prolongeant, à pratiquer une ou plusieurs injections sous-cutanées d'ergotine.

Nous venons d'indiquer la série de moyens pratiques et inoffensifs les plus commodes, habituellement employés dans le traitement de l'épistaxis. Ils réussissent la plupart du temps, mais il est cependant quelques cas exceptionnels où ils échoueront, et on se trouvera ainsi en présence d'épistaxis véritablement incoercibles. On pourra alors s'adresser à la série des formules suivantes, dont certaines, il est vrai, ne méritent qu'une confiance limitée.

1. D'abord le vieux tamponnement des fosses nasales, si en honneur chez les générations médicales précédentes. Sa vogue est bien tombée et ses dangers, pour l'oreille et les sinus de la face surtout, en rendent l'usage absolument exceptionnel. Lorsqu'on sera obligé d'y recourir, on devra prendre rigoureusement les précautions suivantes :

a) Employer toujours des tampons de gaze iodoformée que l'on introduira au moyen d'une sonde molle en caoutchouc, analogue aux sondes uréthrales ;

b) les laisser à demeure le moins longtemps possible, douze à vingt-quatre heures au plus.

2. Badigeonner la région d'où le sang semble venir, avec le collodion suivant (Rougier).

Collodion ordinaire.....	25 gr.
Acide phénique	} à 1 —
Acide benzoïque.....	
Acide tannique	

F. S. a.

3. Toucher le cloison avec (Cozzolino) :

Acide trichloroacétique.....	1 gr.
Eau distillée.....	40 —

4. Cautériser le point hémorragique avec le thermo ou le galvano-cautère. Cette cautérisation, avantageuse dans les épi-

taxis à répétition, en ce qu'elle détruit le tissu qui saigne, arrête assez rarement l'hémorrhagie, car il est souvent difficile de ne pas détacher l'eschare en retirant le cautère.

5. Elévation du bras correspondant à la narine qui saigne — ouate de penghawar — faire asseoir le malade les pieds plongés dans un grand seau d'eau aussi chaude que possible (Hutchinson) : à l'intérieur, eau de Rabel, quinine, si on soupçonne l'implaudisme, vésicatoire hépatique (Verneuil), etc.

Nous allons maintenant indiquer la thérapeutique véritablement pathogénique qui répond au second desideratum, c'est-à-dire dont le but est d'éviter la récédive, le retour de l'hémorrhagie.

Assez souvent, on se trouvera bien d'un traitement général approprié, basé sur la constitution du malade et les causes provocatrices possibles : sirop iodo-tannique, un vésicatoire hépatique s'il y a lésion du foie, le rétablissement de la menstruation dans l'épistaxis supplémentaire, enfin les hémostatiques généraux proprement dits, ergotine, hamamelis virginica, hydrastis canadensis, que l'on pourra formuler de la façon suivante :

Teinture d'hamamelis.....	} aa 4 gr
— d'hydrastis	
XV gouttes matin et soir pendant quinze jours et	
Ergotine.....	8 gr.
Sirop d'écorces d'oranges.....	200 —

une cuillerée à soupe le matin pendant la semaine suivante, en alternant ainsi après huit jours de repos.

Quant aux interventions locales, elles sont bien plus précises, plus importantes et dans la plupart des cas même suffisent à elles seules à prévenir les récédives, en faisant disparaître la cause immédiate de l'hémorrhagie. Sans doute, il faut, autant que possible, faire un diagnostic précis avec le rhinoscope et examiner soigneusement les fosses nasales, mais il est bon de rappeler qu'ici encore le siège de la lésion, en général, est le tiers antéro-inférieur de la cloison du nez. On y trouvera des vaisseaux dilatés, une muqueuse congestionnée, exulcérée et recouverte de croûtes. Voici alors le traitement que nous conseillons à nos malades.

Vaseline.....	25 gr.
Iodol.....	1 —
Tannin.....	0.80

Mêler s. a.

De plus, deux fois par semaine. faire soi-même un attouchement sur la cloison avec une solution aqueuse de nitrate d'argent à 1 p. 40 ou 1 p. 30. Il est rare qu'on soit obligé d'en venir à des moyens plus énergiques.

Interprétation d'un phénomène récemment décrit dans la paralysie faciale périphérique

PAR

M. LE DOCTEUR M. CAMPOS

Bordier et Frenkel ont décrit un phénomène nouveau dans la paralysie faciale périphérique : la rotation du globe oculaire en haut et en dehors pendant l'occlusion des paupières. Ce fait aurait une valeur pronostique considérable et indiquerait une paralysie faciale grave. Bonnier, dans un article de la *Gazette hebdomadaire* du 14 novembre 1897, revient sur ce phénomène qu'il interprète d'une façon toute différente et qui serait loin d'être rare, car il aurait existé dans tous les cas qu'il a eu l'occasion d'observer.

Comment interpréter ce phénomène ? D'après Bordier et Frenkel il s'agirait d'une véritable décharge nerveuse ; l'excitation volontaire n'ayant pas d'action sur le facial, se déchargerait sur une autre voie. Pour Bonnier, au contraire, il s'agirait d'un désarroi dans la motricité. L'explication nous paraît beaucoup plus simple. C'est qu'à l'état de repos, l'œil se porte en haut et en dehors : en effet, si l'on vient à ouvrir les paupières d'un individu qui dort (et Bonnier lui-même admet ce fait qui est d'ailleurs classique), on constate que le globe oculaire prend la position que nous venons d'indiquer, c'est-à-dire qu'il existe une sorte de consensus en vertu duquel lorsque les paupières se ferment, l'œil se porte en haut et en dehors. Cette simple constatation nous explique ce qui se passe dans la paralysie faciale. Lorsque l'on commande à un sujet atteint de cette affection de fermer ses yeux, il ne peut y arriver que grâce à un effort particulier, et comme cet effort doit nécessairement se répercuter sur les mouvements du globe oculaire, on verra l'œil prendre cette position. Ce qui constitue la différence entre ce qu'on observe normalement et ce qui se produit dans notre cas, c'est qu'ici le phénomène devient plus apparent. Cela se comprend facilement ; l'œil devant se porter en haut et en dehors dans l'occlusion normale des paupières, lorsque cette occlusion nécessite un effort plus considérable, le mouvement de l'œil en haut et en dehors sera plus marqué.

Il en est de même dans les paralysies des muscles de l'œil. Si l'on suppose une paralysie du muscle droit externe de l'œil droit et que l'on commande au malade de fixer un objet situé à droite, après avoir bouché l'œil gauche sain avec un verre dépoli qui empêchera le malade de voir, mais qui permettra au médecin d'explorer les mouvements que l'œil pourra faire en arrière de lui, on verra l'œil malade seul découvert se redresser, de manière à diriger sa ligne visuelle vers l'objet. Mais, si en même temps on examine les mouvements que fait l'œil gauche derrière le verre, on observe qu'il se porte fortement en dedans. Pourquoi cette adduction exagérée de l'œil sain ? c'est bien simple. En raison de la paralysie du muscle droit externe il a fallu une impulsion considérable pour porter l'œil en dehors : mais en vertu d'une disposition anatomique bien connue depuis les recherches mémorables faites par notre maître M. Laborde, en collaboration avec M. Mathias-Duval, le nerf moteur oculaire externe ne peut agir sur le droit externe d'un œil sans exercer une action analogue sur le droit interne de l'autre œil. Il en résulte que l'impulsion très énergique que le droit externe paralysé reçoit pour pouvoir entrer en action, se transmet également sur le droit interne de l'œil gauche, qui se dévie en dedans beaucoup plus que l'œil droit n'a été attiré en dehors. C'est donc, on le voit bien, ce qui se passe dans la paralysie faciale : pendant l'occlusion des paupières, l'œil tend, à l'état normal, à se porter en haut et en dehors, mais quand l'orbiculaire est paralysé, l'occlusion ne peut se faire sans un effort très considérable, et cet effort s'exerçant avec la même intensité sur l'agent musculaire déterminant le mouvement de l'œil en haut et en dehors, il s'ensuit que ce mouvement devient plus manifeste, et d'autant plus manifeste que la paralysie faciale est plus marquée.

Mais quelle est la cause de ce mouvement en haut et en dehors ? Bordier et Frenkel admettent qu'il se fait sous l'influence du petit oblique, car c'est le seul muscle qui puisse imprimer à la fois au globe ce double mouvement. Bonnier, au contraire, n'admet pas cette interprétation ; car ce que l'on remarque surtout, d'après lui, serait l'élévation du globe oculaire, la rotation en dehors ne viendrait qu'au second rang. C'est en se basant sur ces considérations, qu'il admet que le muscle en cause serait le droit supérieur auquel, dans certains cas, viendrait s'ajouter le muscle droit externe. Mais ceci constitue une erreur physiologique, car le muscle droit supérieur n'élève pas seulement l'œil, mais il le porte aussi en dedans ; et Bonnier dit lui-même qu'il

n'a jamais vu l'œil se porter en dedans. Il n'y a qu'un muscle qui puisse à lui seul porter l'œil en haut et en dehors, c'est le petit oblique, comme le font remarquer Bordier et Frenkel, et il n'y a aucun muscle, ajoutons-nous, qui soit capable de porter l'œil directement en haut. Cette action est beaucoup plus complexe : elle nécessite à la fois l'intervention du droit supérieur et du petit oblique qui, étant antagonistes sous certains rapports (le premier étant rotateur en dedans, le second rotateur en dehors), sont synergiques pour ce qui concerne l'élévation ; de telle sorte que, lorsqu'ils agissent ensemble, les mouvements contraires se neutralisant, le résultat définitif est une élévation du globe oculaire qui se porte directement en haut. Bien plus, on est obligé, si l'on veut faire intervenir le droit supérieur, d'invoquer pour la rotation en haut et en dehors, l'action de trois muscles : le petit oblique et le droit supérieur, auxquels viendrait s'ajouter le droit externe. Ici donc la résolution du problème deviendrait encore plus complexe : car on sait que l'innervation du droit externe est assurée par un nerf spécial : le moteur oculaire externe, dont l'action viendrait s'ajouter à celle du moteur oculaire commun qui régit les mouvements du droit supérieur et du petit oblique.

Mais quelle est la cause intime qui détermine la rotation de l'œil en haut et en dehors, soit en agissant sur le petit oblique, comme le veulent Bordier et Frenkel, soit en agissant sur le droit supérieur, ainsi que le prétend Bonnier ? Bordier et Frenkel admettent que l'impulsion volontaire ne pouvant se transmettre à l'orbiculaire par le facial paralysé se décharge sur le petit oblique dont les fibres motrices proviennent d'un noyau situé à la partie postérieure des noyaux du nerf moteur oculaire commun.

Or, on sait que, d'après Mendel, le facial supérieur tirerait son origine dans la masse de substance grise située au-dessous de l'aqueduc de Sylvius, d'où naît le nerf moteur oculaire commun. Cet auteur aurait constaté, en effet, après avoir arraché les paupières et le frontal chez le lapin et le cobaye, la dégénérescence de la partie postérieure de la substance grise en question. De plus, d'après Bechterew, il existerait des fibres d'union reliant le moteur oculaire commun au facial. A l'appui de cette opinion, on pourrait citer le phénomène signalé par Gifford qui a prouvé que lorsqu'on commande à un sujet de fermer un de ses yeux, après en avoir écarté les paupières à l'aide d'un blépharostat, on constate, pendant l'effort que fait le sujet pour vaincre l'obstacle apporté à l'occlusion par le blépharostat, un rétrécissement pupillaire. Cela serait la preuve évidente de la vérité de la théorie

de Mendel et expliquerait comment l'excitation transmise au facial, ne pouvant traverser ce cordon nerveux, se propagerait au noyau du petit oblique situé en avant de lui.

Mais pour Bonnier, qui nie l'intervention du petit oblique pour admettre celle du droit supérieur, et, dans quelques cas, celle du droit externe, cette explication n'est pas possible.—Il ne pourrait pas s'agir d'une décharge nerveuse, car dans aucun des schémas sur la topographie des noyaux du moteur oculaire commun, le facial ne se trouve en rapport avec le droit supérieur. La véritable cause en devrait être recherchée dans une irritation de l'appareil ampullaire des canaux demi-circulaires de l'oreille interne. Ce qui le prouverait seraient certains troubles : bourdonnements, vertige, etc. Mais, si ces phénomènes accompagnent souvent la paralysie faciale, on ne saurait, croyons-nous, y voir par rapport au phénomène de Bordier et Frenkel, une relation de cause à effet, pas plus que l'on ne saurait, par exemple, attribuer à la paralysie de l'orbiculaire buccal, le larmolement qu'on observe dans quelques cas de paralysie faciale. Pour ce qui est de l'action du droit supérieur, nous avons vu plus haut qu'il est incapable à lui seul de porter l'œil directement en haut. Mais il est une cause sur laquelle Bonnier insiste particulièrement, c'est que ce mouvement de l'œil est parfois spasmodique ce qui démontrerait forcément une irritation partant des canaux demi-circulaires de l'oreille interne. Est-il nécessaire d'avoir recours à une pareille interprétation pour expliquer le spasme sur lequel Bonnier aime tant à insister ? Nullement. Si l'élévation de l'œil se fait spasmodiquement, la faute n'en est pas à une incoordination due à l'appareil ampullaire irrité.— Et d'ailleurs cette incoordination existe-t-elle ? Non pas. Pour fermer ses paupières, le malade est obligé de faire un effort inaccoutumé : il concentre toute son attention sur ce mouvement qui tend à rétrécir la fente palpébrale et ce fait ne pouvant se manifester sans une répercussion correspondante sur le globe oculaire, celui-ci se porte en haut et en dehors. Il y a donc loin d'une incoordination à la production de ce phénomène qui n'est en réalité que l'exagération d'un fait normal.

Mais s'il n'y a pas d'incoordination et par conséquent la théorie auriculaire est fautive, la théorie de la décharge nerveuse de Bordier et Frenkel a-t-elle une base plus solide ? Nous ne le pensons pas et en voici la raison : Faites fixer à un sujet sain un de vos doigts situé à la hauteur de ses yeux à la distance d'un mètre et dites-lui de fermer ses paupières en même temps que vous vous y opposez en soulevant la paupière supérieure que vous maintiendrez à

l'aide du pouce de l'autre main contre l'arcade orbitaire. Vous verrez alors, lorsque le sujet essayera de fermer son œil, son globe oculaire se porter presque toujours en haut et en dehors. Ici pourtant il n'y a pas de paralysie et le facial peut très bien conduire les impulsions centrales, mais en vertu de l'obstacle opposé par votre doigt, l'impulsion devra s'exagérer et cette impulsion se transmettant au globe oculaire le portera manifestement en haut et en dehors. Cette expérience très facile à vérifier, démontre à l'évidence ce qui se passe dans la paralysie faciale et que l'influx nerveux au lieu d'abandonner les voies normales pour se décharger sur une voie voisine, les parcourt au contraire avec une plus grande intensité et rend ses effets plus évidents. Elle constitue de plus la condamnation naturelle de la théorie de Bonnier car elle se réalise chez des sujets sains, par conséquent en dehors de toute irritation possible de l'appareil ampullaire liée à la paralysie faciale.

En résumé, nous croyons pouvoir conclure en affirmant que le phénomène signalé par Frenkel et Bordier est un phénomène physiologique qui devient plus manifeste par le fait d'une impulsion nerveuse plus considérable et d'autant plus manifeste que l'impulsion est plus intense, c'est-à-dire que la paralysie est plus marquée.

Diagnostic des tumeurs du testicule

PAR

M. LE PROFESSEUR S. DUPLAY

Il y a quelques temps, un homme âgé de quarante-deux ans, livreur à domicile, nous était amené par son médecin pour une tuméfaction considérable du scrotum du côté gauche.

Le malade, homme vigoureux, de bonne santé habituelle, n'ayant dans ses antécédents personnels aucune trace de syphilis ou de tuberculose, avait vu l'affection débiter quatre mois auparavant.

A cette époque, le région inguino-scrotale avait été le siège d'un traumatisme assez violent ; les douleurs, d'abord très vives, se calmèrent rapidement et bientôt le malade pouvait reprendre son travail fatigant de livreur à domicile. Mais, quinze jours

après, il s'aperçut d'une augmentation de volume du scrotum du côté gauche. L'accroissement fut assez rapide, sans douleur, sans réaction inflammatoire. Un médecin consulté à ce moment pense à une orchite, ordonne le repos, une pommade résolutive ; puis, en raison de l'accroissement persistant continu, prescrit le traitement antisymphilitique, du reste sans plus de résultat.

C'est à ce moment que le malade nous fut présenté pour la première fois, et, bien qu'à peu près certain du diagnostic, je demandai à le revoir dans quelques temps, après un traitement anodin.

Il y a douze jours, le malade est revenu dans le service ; à son entrée, il est évident que la tumeur a augmenté tel que l'état local, aussi bien que général, s'est aggravé.

Le côté gauche du scrotum est rempli par une masse considérable, du volume d'une très grosse poire, dont elle a du reste la forme, sa grande extrémité se trouvant en bas, sa petite se prolongeant sans limite nette dans le canal inguinal. Au quart supérieur de la tumeur existe un rétrécissement, comme on en constate dans les hydrocèles biloculaires.

La peau et les tissus sous-cutanés du scrotum sont sains ; à part quelques varicosités, et l'amincissement dû à la distension, ils n'offrent aucune particularité ; ils ont conservé leur souplesse et leur mobilité sur les plans sous-jacents.

A la palpation, la tumeur se présente, lisse, régulière, de consistance assez dure, mais élastique et, fait important, égale en tous ses points ; pas de résistance vraie, pas de fluctuation. Une exploration attentive ne permet de reconnaître en aucun point le testicule ou l'épididyme ; nulle part, le malade n'accuse la sensibilité spéciale que l'on éveille normalement par la pression de l'organe.

A la partie supérieure, la tumeur se prolonge dans le canal inguinal, où elle se termine sans que l'on puisse constater nettement sa limite. Il est impossible, d'autre part, de distinguer le cordon de la tumeur.

Dans la fosse iliaque, on perçoit une induration vague, au-dessus de l'arcade fémorale.

Les signes fonctionnels accusés par le malade sont peu accentués. Spontanément, il n'existe que quelques douleurs, des tiraillements pénibles lorsque le malade est fatigué. A la pression, l'indolence est complète au niveau de la tumeur scrotale ; au niveau du cordon, on réveille une vague sensibilité.

D'autre part, depuis une quinzaine de jours, le testicule droit

a augmenté de volume : il a atteint celui d'un œuf de poule environ. Il se présente également sous forme d'une tumeur lisse, régulière, assez dure, de consistance partout égale, dans laquelle il n'est pas possible de distinguer le testicule et l'épididyme. Cette tumeur est légèrement douloureuse à la pression. Pas de liquide dans la tunique vaginale ; le cordon est sain.

La première fois que je vis le malade, l'état général était excellent. Mais, lorsqu'il revint pour entrer à l'hôpital, sans qu'il existât d'amaigrissement et de perte des forces notables, le facies était plus pâle, plus tiré.

Tous les organes sont d'ailleurs sains. Rien dans les urines. Température normale.



Au premier abord, il est absolument évident qu'il ne s'agit pas chez ce malade d'une tumeur du scrotum ; celui-ci est bien un peu aminci, vascularisé, mais intact, glissant sur la tuméfaction sous-jacente. C'est donc une tumeur du testicule, ou du moins de ses enveloppes immédiates ; d'autre part, c'est une tumeur en continuité avec le cordon, à gauche, cette continuité se manifeste par le prolongement dans le canal inguinal, et à droite, on peut constater nettement que la tumeur est appendue au cordon qui vient se perdre sur elle.

Un second point important à signaler, c'est l'impossibilité de distinguer le testicule et l'épididyme dans la masse, ce qui indique nettement l'envahissement de ces organes. Et cela, non seulement à gauche, où la tumeur est très volumineuse, mais à droite, malgré le volume beaucoup moindre de la tuméfaction.

Dans la pratique, les malades atteints de semblables affections peuvent se présenter à deux périodes, que nous trouvons réunies chez notre malade : ou bien la tumeur est encore de médiocre volume, comme celle du côté droit, ou bien la tumeur a dépassé les dimensions d'un gros œuf de dinde, ayant acquis celles du poing et au delà.

Dans l'un et l'autre cas, on éliminera facilement les affections inflammatoires du testicule ou de l'épididyme, en raison de la marche chronique, de l'absence de réaction locale, de l'indolence habituelle, et, le plus souvent également, à cause du volume même de la tumeur, bien supérieur à celui que peut atteindre une orchio-épididymite.

Si la tumeur n'a pas encore acquis un notable volume, il faudra penser à la tuberculose ou à la syphilis

Le diagnostic d'une tumeur du testicule avec la tuberculose est en général facile. Quelquefois les noyaux tuberculeux se développent avec des phénomènes aigus, et l'on n'a même pas à songer à une tumeur. Mais, même dans les cas ordinaires, où l'affection évolue sans réaction douloureuse, du moins au début, les noyaux isolés de l'épididyme, les petites indurations en chapelet du canal déférent, l'envahissement de la prostate, des vésicules séminales, permettront d'arriver au diagnostic, sans difficulté. Dans les cas plus rares où le testicule surtout est atteint, les lésions concomitantes permettraient encore d'éliminer la tuberculose, et l'on aurait, au bout de quelque temps, la confirmation du diagnostic dans l'évolution de la masse vers le ramollissement, évolution s'accompagnant toujours d'un certain degré de réaction locale.

Le diagnostic des petites tumeurs du testicule avec la syphilis est parfois plus délicat. C'est qu'en effet la syphilis frappe dans ses formes ordinaires les testicules sans retentir sur le reste de l'appareil génital. Cependant, la forme en galet que prend l'organe, sa consistance ligneuse, la bilatéralité quelquefois, l'existence à peu près constante d'un petit épanchement dans la vaginale et surtout l'aspect spécial de la surface testiculaire, chagrinée, recouverte de nodosités ou d'indurations donnant au palper la sensation de grains de plomb ou de plaques de blindage disséminés dans la tunique albuginée, seront autant de caractères qui permettront en général d'éviter l'erreur. Du reste, le traitement spécifique que l'on devra toujours instituer en cas de doute, et la marche de l'affection trancheront encore la question.

Dans le cas de tumeur volumineuse, comme elle existe du côté gauche chez notre malade, uniquement à cause de ce volume, on peut éliminer d'emblée la syphilis et la tuberculose.

Toutefois, avant d'admettre qu'il s'agit d'une tumeur du testicule lui-même, et d'en rechercher la nature, point important à élucider, il faut s'assurer qu'elle n'est pas formée aux dépens de la tunique vaginale et constituée par un épanchement dans son intérieur.

Il est, en effet, des vaginalites chroniques à parois d'une épaisseur considérable (2 à 3 centimètres parfois), contenant soit de la sérosité, soit du sang plus ou moins modifié, englobant le testicule dans l'épaisseur de leurs parois et simulant à s'y méprendre une tumeur solide. Qu'il s'agisse de par leur contenu d'une hydrocèle ou d'une hématocele, ce qui caractérise cette variété de tumeur, c'est la grande épaisseur des parois de la poche ;

aussi, vaut-il mieux les réunir sous la domination de vaginalite chronique. Dans le cours de cette clinique, nous emploierons, du reste, indifféremment, le terme d'hématocèle sous lequel on le désigne ordinairement, et celui, plus exact, de vaginalite chronique. Comme les tumeurs du testicule, ces vaginalites donnent lieu à une tuméfaction indépendante des tuniques scrotales, en relation directe de continuité avec le cordon, englobant le testicule qu'il est souvent très difficile de retrouver, présentant le même défaut de transparence, la même absence de fluctuation, au moins dans la plus grande partie de leur étendue.

C'est avec ces vaginalites que l'on sera le plus souvent exposé à confondre les tumeurs du testicule, et le diagnostic est parfois tellement difficile qu'il ne peut être fait qu'après l'opération. Et cependant, grande est l'importance du diagnostic. Etant donné que, dans un cas, il s'agit d'une affection bénigne, que dans l'autre, l'on a affaire à une tumeur des plus malignes à tous les points de vue, pronostic et traitement seront donc essentiellement différents, suivant la nature de l'affection.

En général, le diagnostic est possible. Il n'existe évidemment aucun caractère différentiel absolument pathognomonique ; cependant, une étude attentive des signes physiques et subjectifs, de la marche de l'affection et des commémoratifs, permettra d'arriver le plus souvent à reconnaître ce dont il s'agit.

La vaginalite chronique se présente sous forme d'une tumeur ellipsoïde ou piriforme pouvant remonter jusque dans le canal inguinal comme l'hydrocèle en bissac de Dupuytren, mais, le plus souvent, s'arrêtant à quelque distance de l'orifice externe. Parfois elle est étranglée comme dans l'hydrocèle bilobée. Quelle que soit sa forme, sa surface est habituellement lisse, régulière, uniforme ; dans quelque cas cependant, on y remarque une ou plusieurs bosselures, qui dépendent de l'amincissement de la paroi, mais alors, signe très important, ces bosselures sont franchement fluctuantes.

Les tumeurs du testicule présentent souvent cette même régularité de forme et de surface, comme vous pouvez l'observer chez notre malade, mais, dans beaucoup de cas, elles sont inégales, lobées, lobulées, et si parfois la consistance de ces bosselures diffère de celle du reste de la tumeur, jamais cependant elle ne présentent de fluctuation vraie.

Dans la vaginalite chronique comme dans la tumeur du testicule, les enveloppes scrotales, du moins à la période où la confusion est possible, sont saines et glissent sur la tuméfaction sous-

jacente ; cependant, il est fréquent, dans le cas de tumeur, d'observer une vascularisation spéciale, un développement anormal des veines sous-cutanées. Si, comme cela existe quelquefois, les enveloppes des bourses adhèrent à la tuméfaction sous-jacente, dans la vaginalite, ces adhérences se sont développées à la suite d'inflammation aiguë ou subaiguë qui se sera manifestée par de la douleur plus ou moins vive, avec une réaction locale accusée par le malade. Tout autre est un développement d'adhérences à une période plus avancée des tumeurs ; il se fait sans douleur, sans inflammation, sans réaction locale. D'autre part, l'induration des tuniques est toute différente de l'épaississement inflammatoire survenu au cours de la vaginalite.

L'étude de la consistance est des plus importantes. Bien que la vaginalite chronique puisse être considérée comme une tumeur liquide, la fluctuation vraie y est des plus rares à cause de l'épaisseur et de la dureté de la paroi. La fluctuation n'existe qu'au niveau des bosselures, en cas d'amincissement de cette paroi ; partout ailleurs la tumeur est régulièrement dure, parfois même d'une dureté comparable à celle des fibromes de l'utérus.

Dans les tumeurs, la consistance est extrêmement variable. Certaines, renfermant des kystes ou des épanchements interstitiels, sont rénitentes et franchement fluctuantes ; d'autres sont pseudo-fluctuantes, étant constituées par un tissu mou et gélatineux, comme le myxome ; d'autres enfin sont extrêmement dures, comme l'enchondrome ou le cancer squirreux. Mais, ce qui constitue le caractère le plus important de la consistance des tumeurs, c'est que celle-ci varie non seulement suivant que l'on a affaire à telle ou telle tumeur, mais encore suivant que l'on examine les différentes parties constituantes de la même tumeur. C'est ainsi que certains points sont mous, d'autres sont fluctuants, d'autres absolument durs. Ces différences de consistance sont en rapport avec les différentes variétés de tissus contenus dans ces tumeurs qui, pour la plupart, ainsi qu'on nous le dirons tout à l'heure, sont des tumeurs *mixtes*.

Les rapports qu'affectent la tuméfaction avec le testicule sont essentiellement différents suivant qu'il s'agit d'une tumeur ou d'une vaginalite chronique. Dans cette dernière, le testicule est aplati, atrophié, perdu dans l'épaisseur de la paroi ; cependant, par une recherche attentive, pratiquée surtout dans le point qu'occupe d'ordinaire la glande séminale dans l'hydrocèle ou l'hématocèle, c'est-à-dire en bas et en arrière, plus rarement en bas et en avant, on percevra une consistance un peu plus molle,

et la pression déterminera une sensibilité spéciale. Dans la tumeur, au contraire, les recherches les plus attentives ne permettent pas de retrouver le testicule qui a complètement disparu, confondu avec la masse néoplasique.

Le cordon ne présente dans la vaginalite chronique aucune particularité : il vient se perdre sur la tuméfaction, mais on peut le retrouver au-dessus d'elle, absolument sain. Dans la tumeur, au contraire, il arrive assez fréquemment que le cordon soit augmenté de volume, comme infiltré de tissu néoplasique.

Il est encore un signe, qui manque souvent, mais qui, lorsqu'il existe, présente une assez grande valeur pour le diagnostic. A l'état sain et dans le cas de vaginalite, il est impossible de percevoir les pulsations de l'artère spermatique ; dans certains cas de tumeurs, ainsi que j'ai pu l'observer, cette artère acquiert parfois un volume assez considérable pour que ses battements deviennent perceptibles. Lors donc qu'en explorant le cordon, on sentira les pulsations de l'artère, on devra plutôt incliner vers le diagnostic de tumeur.

Dans les cas de tumeurs du testicule qui, pour la plupart, ainsi que nous le verrons, sont des tumeurs malignes, l'examen des ganglions lymphatiques est de la plus haute importance. Très rapidement, en effet, les ganglions iliaques et lombaires sont augmentés de volume et dégénérés, formant quelquefois des masses d'un volume absolument disproportionné avec celui de la tumeur. Dans la vaginalite chronique, les engorgements ganglionnaires ne s'observent au contraire jamais.

La sensibilité n'existe pas en général beaucoup plus développée dans l'hématocèle que dans la tumeur. L'indolence peut être absolument complète. Dans certains cas cependant l'une et l'autre peuvent déterminer des phénomènes douloureux plus ou moins accentués ; mais, tandis que dans l'hématocèle les douleurs s'observent au moment des poussées inflammatoires et s'accompagnent de signes de réaction locale en même temps que d'une augmentation rapide de la tuméfaction, dans la tumeur les douleurs sont d'origine névralgique et surviennent sans aucune autre manifestation locale.

L'état général peut être satisfaisant dans les deux affections, du moins à une certaine période. Mais, tandis que dans la vaginalite chronique cet état reste bon pendant un temps indéfini, dans la tumeur il ne tarde pas à s'altérer : les forces diminuent, le malade maigrit, perd l'appétit, son teint prend une pâleur spéciale ; tout indique une affection retentissant gravement sur la santé.

Il y a peu de renseignements à tirer des conditions dans lesquelles s'est développée la tuméfaction. Les antécédents héréditaires sont de nulle importance, même pour la tumeur ; si l'hématocèle peut survenir à tout âge, il en est de même pour la tumeur du testicule qui, bien qu'elles apparaissent de préférence à l'âge moyen de la vie, ne laissent pas que de s'observer aussi chez de jeunes sujets. Les traumatismes ont été souvent invoqués au début d'une vaginalite chronique, mais ils ont été signalés également comme cause du développement des tumeurs, et c'est précisément le cas chez notre malade.

Bien que la marche des deux affections puisse être la même, augmentation continue avec accroissement subit à un moment donné, il faut noter cependant que la marche par poussées est plutôt le fait de la vaginalite chronique ; il importe, en outre, de remarquer que ces poussées s'accompagnent de réaction inflammatoire. La tumeur peut également prendre tout d'un coup un accroissement rapide par formation dans sa masse de kystes, d'épanchements sanguins ; cependant, il est plus habituel de lui voir subir une augmentation régulièrement progressive, et, s'il en est parfois différemment, contrairement à ce que l'on observe dans l'hématocèle, l'accroissement brusque de la tuméfaction se fait sans phénomènes douloureux, sans réaction.

En résumé, il n'existe pas de signes véritablement pathogomoniques qui permettent de distinguer une tumeur du testicule d'une vaginalite chronique. C'est par un ensemble de caractères, variables suivant les cas, qu'il est possible d'arriver au diagnostic, et encore celui-ci, dans maintes circonstances, doit-il rester indécis.

On pourrait supposer que, dans ces cas incertains, la ponction serait de nature à lever tous les doutes. Il n'en est rien ; parfois même, elle serait susceptible de fournir de fausses indications. C'est ainsi que, dans certaines vaginalites, la ponction ne donne aucun résultat ou n'évacue que quelques gouttes de liquide, soit parce que les parois sont très épaisses et que le trocart n'a pu les traverser complètement, soit parce que la quantité de liquide est très peu considérable, soit enfin parce qu'un caillot ou un corps étranger quelconque est venu oblitérer la canule, en sorte que l'on en conclue qu'il s'agit d'une tumeur.

Par contre, dans certaines tumeurs renfermant des kystes ou des collections sanguines, le trocart peut évacuer de la sérosité, du sang ou un liquide séro-sanguinolant en quantité suffisante pour faire croire à l'existence d'une vaginalite chronique.

Aussi, dans bien des cas, ce sera seulement au moment de l'opération, en fendant la tumeur, que l'on parviendra à savoir à quelle affection l'on a affaire.

Chez notre malade, le diagnostic est plus simple. Le volume de la tuméfaction du côté droit exclue d'emblée la tuberculose et la syphilis. D'autre part, la consistance régulière, partout égale, la disparition totale du testicule, la propagation de la tumeur jusque dans le canal inguinal, la présence des ganglions iliaques, l'absence de douleurs et toute réaction locale malgré la rapidité du développement, rendaient le diagnostic à peu près certain, dès notre premier examen. Depuis, l'altération de l'état général et l'envahissement du côté opposé permettent de l'affirmer absolument.

Etant donné qu'il s'agit d'une tumeur, quelle en est la nature ? Assez nombreuses au point de vue histologique, les tumeurs du testicule qu'on a l'occasion d'observer sont presque toutes des néoplasmes malins. Sauf quelques tumeurs bénignes exceptionnelles (fibromes, chondromes) la plupart sont ou des carcinomes vrais (squirrhe, très rare encéphaloïde plus fréquent) ou des sarcomes avec toutes les variétés histologiques.

Il convient d'ajouter que ces tumeurs sont rarement pures, ce sont, le plus souvent, des tumeurs mixtes où se mélangent en proportions variables des éléments conjonctifs et épithéliaux.

Dans la majorité des cas, il est impossible de différencier cliniquement les diverses espèces de tumeurs ; cependant, en présence de certains caractères, on peut parfois soupçonner la variété anatomique.

L'uniformité de consistance fera penser au sarcome si cette consistance présente une certaine fermeté, ou myxo-sarcome si la tumeur est molle. Au contraire, une consistance variant suivant les différents points de la tumeur, présentant à côté de parties plus ou moins molles des noyaux durs, comme cartilagineux, sera plutôt en rapport avec le diagnostic de tumeur mixte. D'autre part, la bilatéralité de l'affection, très rare dans les tumeurs du testicule, la présence en d'autres points du corps de productions néoplasiques sous-cutanées ou cutanées, permettront d'affirmer le lymphadénome. Chez notre malade, dont les deux testicules ont été successivement envahis, on pourrait donc songer au lymphadénome.

.

Si le diagnostic de la nature histologique des tumeurs solides du testicule est impossible dans la majorité des cas, en revanche,

le pronostic, sauf de rares exceptions, s'applique à toutes les variétés, et, il faut bien le savoir, ce pronostic est celui des tumeurs les plus malignes.

Cette malignité se manifeste d'abord par la rapidité d'évolution, aboutissant à brève échéance à l'ulcération des tuniques serotales, par la généralisation précoce par la voie lymphatique, envahissement des ganglions iliaques, lombaires et même médiastinaux ; par les métastases viscérales dans les poumons et le foie en particulier ; enfin, par la récurrence presque fatale après l'intervention, récurrence non pas locale mais à distance, alors même que l'intervention a été aussi prompte que possible, avant même toute apparence de généralisation. Il semble même que, comme pour le cancer de l'œil, l'intervention hâte la récurrence ; car, elle se montre souvent moins de quatre à six mois après l'opération.

Si ce pronostic ne souffrait aucune exception, il est bien évident que toute intervention serait contre-indiquée. Mais, il existe quelques faits, extrêmement rares il est vrai, où la castration a procuré non seulement une survie assez longue, mais encore une guérison durable. C'est en tenant compte de ces exceptions, qu'il est toujours permis d'espérer, que l'intervention est justifiée.

D'autres raisons, d'ordre différent, peuvent encore être invoquées en faveur de l'ablation des tumeurs du testicule, malgré la certitude presque absolue de la récurrence. Celle-ci, en effet, se produit à l'intérieur et se dérobe à la vue du malade auquel on persuade volontiers qu'il s'agit d'une autre maladie. En outre, on lui évite les ennuis de l'évolution de la tumeur ; accroissement rapide et continu, ulcérations, hémorragies, douleurs, complications septiques, etc. Enfin, la castration est une opération des plus simples ; le malade en est rapidement guéri, avant que toute manifestation de récurrence soit encore visible.

Malgré cela, il est certains cas où le chirurgien doit absolument s'abstenir : tels sont ceux où il existe déjà des générations ganglionnaires, viscérales, et ceux où les deux testicules sont envahis à la fois, car il n'est même plus permis d'espérer d'avoir affaire à un de ces cas exceptionnels où la récurrence fait défaut, et d'autre part la castration bilatérale aurait un effet désastreux sur le moral du patient.

Ces raisons nous ont déterminé à nous abstenir de toute intervention chez notre malade. Il existe, en effet, chez lui un envahissement ganglionnaire déjà étendu ; de plus, en raison de la bilatéralité de l'affection, nous devrions lui proposer une double castration, qui, sans aucune chance d'améliorer son état physique, agirait de la façon la plus fâcheuse sur son état moral.

Anesthésie locale par le chlorure d'éthyle cocaïné

PAR

M. G. MILAN

Ancien interne des hôpitaux

Les solutions aqueuses ou alcooliques de cocaïne étalées sur la peau ou sur les muqueuses produisent une diminution de la sensibilité au contact, mais n'amènent pas d'anesthésie véritable.

Par ce procédé, il est impossible de pratiquer sans douleur une opération, si minime soit-elle.

M. Bardet a remarqué qu'au contraire il était facile de produire une anesthésie *durable* et complète, en pulvérisant du chlorure d'éthyle sur une surface préalablement badigeonnée avec une solution aqueuse concentrée de cocaïne.

De là, l'idée qu'il eut de se servir de solutions de cocaïne dans le chlorure d'éthyle, pour obtenir l'anesthésie locale.

* * *

Le médicament.—Le chlorhydrate de cocaïne en solution dans le chlorure d'éthyle dans les proportions de 1, 2, 3, 4 ou 5 pour 100 est contenu dans les tubes identiques à ceux bien connus de chlorure d'éthyle.

Il existe aussi des solutions d'eucaïne, mais elles sont moins efficaces.

Cette solution n'est pas destinée à utiliser la réfrigération due à l'évaporation du chlorure d'éthyle ; celui-ci agit seulement comme véhicule : il dégraisse la peau, pénètre les couches cellulaires superficielles, et dépose dans leurs interstices la cocaïne qu'il renferme.

C'est la cocaïne qui produit l'anesthésie et, dès lors, celle-ci n'est obtenue qu'au bout de quelques minutes.

On voit immédiatement les avantages de ce procédé : on a tous les bénéfices de la cocaïne sans les inconvénients, c'est-à-dire qu'on profite de l'action anesthésique sans avoir à faire d'injection sous-cutanée, et sans avoir à craindre d'accidents d'intoxication générale. Ces deux avantages sont réellement sérieux : le premier comporte surtout la simplification de l'acte opératoire,

et évite au malade pusillanime la piqûre douloureuse ; le second donne toute sécurité.

D'autre part, on n'a pas à redouter l'emploi de la cautérisation ignée avec ce mode d'anesthésie, comme le chlorure d'éthyle, si inflammable, puisqu'on ne commence l'opération que lorsque le chlorure d'éthyle est évaporé.

Mode d'emploi.—Le chlorure d'éthyle cocaïné peut être employé de deux façons différentes : en application ou en pulvérisation.

L'application se fait en imbibant un tampon d'ouate avec la solution, et en laissant à demeure ce tampon humide sur la région à anesthésier.

Ce procédé est surtout recommandable quand la région à traiter n'est pas directement accessible, lorsqu'elle est profondément située et que la pulvérisation ferait courir le risque d'anesthésier les surfaces voisines et non les surfaces désirées.

Au contraire, la pulvérisation se recommande pour les surfaces très accessibles. On la pratique comme la pulvérisation de chlorure d'éthyle ordinaire ; on dirige le jet directement sur le point à anesthésier, le tube étant placé à une distance de 20 à 30 centimètres.

Qu'il s'agisse d'application ou de pulvérisation, l'anesthésie n'est obtenue qu'au bout de 5 à 6 minutes. Le patient est averti de l'apparition de celle-ci par une sensation d'engourdissement au niveau des points touchés.

Indications.—MM. Bardet, Bolognesi et Touchard, inventeurs et vulgarisateurs de la méthode, préconisent surtout ce procédé d'anesthésie locale pour l'anesthésie des muqueuses, de la muqueuse buccale en particulier. Les stomatologistes et les dentistes seront des premiers à en bénéficier. Mais, il est certain que les chirurgiens et surtout les dermatologistes pourront utiliser le chlorure d'éthyle cocaïné dans des conditions vraiment avantageuses.

Dans la *cavité buccale*, il sera possible, par ce procédé, d'extraire sans douleur les chicots, les racines de dents cariées, les dents abcédées ; d'ouvrir des abcès, exciser le capuchon muqueux de la dent de sagesse, d'extirper des épulis. On pourra, comme

l'indiquent Touchard et Bolognesi, traiter une dent atteinte de pulpite très sensible en faisant une pulvérisation dans la cavité pulpaire.

Les muqueuses de l'*anus*, du *gland*, de la *vilve*, etc., pourront être aussi anesthésiées de la même façon, lorsqu'il s'agira d'y pratiquer de petites opérations telles que : cautérisations de végétations, excision de fistules, de bartholonites, etc.

La *peau* pourra aussi être insensibilisée par le chlorure d'éthyle cocaïné dans une multitude de cas : incision d'abcès, de furoncles, de panaris, injection intra-veineuse de sérum artificiel, cautérisation de lupus, ablation de loupes, verrues, molluseum, etc.

Enfin, M. Ferrand a pu proposer les pulvérisations de chlorure d'éthyle cocaïné dans le traitement des *névralgies*.

CLINIQUE MEDICALE

Confusion possible entre l'urémie, la méningite et l'hémorrhagie cérébrale

PAR

M le Docteur H. RENDU

MESSIEURS,

Je veux faire aujourd'hui ma leçon sur deux erreurs de diagnostic et cela pour deux raisons. La première est que l'on ne doit jamais dissimuler ses erreurs ; la seconde est que la discussion de cas difficiles, où la certitude est restée plus ou moins voilée de doutes, est plus utile aux élèves qu'une leçon didactique.

Dans les deux circonstances dont je veux vous parler, j'avais arrêté mon opinion à l'hypothèse d'une urémie cérébrale. Vous dire pourquoi et comment j'ai été trompé, sera vous montrer combien, en présence de certains troubles cérébraux, il est parfois difficile d'affirmer qu'ils sont ou qu'ils ne sont pas de nature urémique.

Quand on suit depuis quelque temps un malade qui est brightique, ou quand, au moment où on le voit pour la première fois, on peut savoir qu'il a eu de l'albumine dans ses urines, le diagnostic d'urémie est, en général, facile à poser et se trouve juste, — pas toujours, comme vous le verrez. — On a l'esprit dirigé de ce côté ; on guette le moment où les urines baissent, où la quantité de leur albumine augmente en même temps que diminue celle des matières extractives ; on se dit qu'alors les poisons peuvent et doivent s'accumuler dans l'organisme et on dépiste les premières manifestations de l'urémie.

Leur recherche sera beaucoup plus ardue si les renseignements sur l'individu à examiner font défaut.

En quoi donc consistent ces premières manifestations ? Je vais vous le rappeler en faisant de côté les formes d'urémie dyspnéique, gastro-intestinale, pour ne m'occuper que de l'urémie cérébrale.

Les sujets, chez qui elle survient, sont atteints soit de néphrite parenchymateuse, soit de néphrite interstitielle.

Supposons d'abord une néphrite parenchymateuse. Le futur urémique est presque toujours bouffi ou même il a de l'anasarque ; rien que par son aspect, vous mesurez le danger de l'urémie prochaine. Précisément vous pouvez voir dans nos salles une femme qui va mieux actuellement. Mais il y a quelque temps, elle était atone, elle s'engourdissait, son cerveau s'épaissait, ses paupières étaient bouffies. Je lui ai donné de la caféine et après cinq ou six jours elle a uriné davantage et elle est aujourd'hui en pleine évolution de diurèse. Par cet exemple, vous voyez comment l'on peut deviner l'urémie probable et la conjurer. En pareil cas, un symptôme capital est la diminution des urines, l'abaissement du taux de l'urée et des matières extractives accompagné de l'augmentation de l'albumine ; si les urines tombent à 5 ou 600 gr., à plus forte raison si l'anurie est complète, l'urémie est très menaçante.

La crise se déclare par une céphalée, une lourdeur de tête, une sensation de constriction céphalique en casque qui augmente du plus en plus ; on note aussi des troubles de la vue qui se voilent, se couvrent de brouillards. Puis surviennent des vomissements, symptôme cérébral dénonçant les troubles du bulbe, des origines du pneumogastrique, des organes centraux, vomissements comme ceux du mal de mer, comme ceux qui surviennent dans les maladies cérébrales primitives. Ensuite, une somnolence graduellement croissante envahit le sujet qui, de jour en jour, a moins de

facilité pour comprendre et pour répondre ; il convient d'ajouter que cette somnolence n'est pas un symptôme nécessaire de l'urémie. Préparé par ces accidents prodromiques, l'accès éclate tout d'un coup et se manifeste sous trois formes : forme convulsive, forme apoplectique, forme comateuse. Dans la forme apoplectique, on peut voir une paralysie des quatre membres, mais on rencontre aussi une variété hémiplegique ; il est des urémiques qui ressemblent à des gens qui ont fait une hémorragie cérébrale. Les médecins de Bicêtre ont souvent rapporté des observations de vieillards chez qui on avait cru à une hémiplegie classique, suite de l'hémorragie cérébrale et à l'autopsie desquels on avait trouvé un cerveau sain, mais un petit rein contracté : ils avaient été emportés par une urémie à type hémiplegique. Cette forme est bien connue, et MM. Raymond, Chauffard, Tenneson et Chantemesse ont contribué beaucoup à son étude.

À côté de l'urémie de la néphrite parenchymateuse avec la bouffissure des téguments qui la fait prévoir, se place celle de la néphrite interstitielle qui ne s'offre plus d'elle-même au diagnostic, qu'il faut chercher et savoir trouver. On ne voit plus ni les œdèmes ni même les bouffissures révélatrices et la quantité ordinaire de l'urine est conservée, c'est à peine si elle est diminuée, et l'on recueille encore un litre, un litre et demi, deux litres à la veille de l'accès. La situation est donc assez difficile à juger, puisque non seulement la baisse de la quantité d'urine fait défaut, mais que, de plus, on n'est point averti de sa mauvaise qualité par une analyse sommaire. Elle ne contient en effet qu'un peu d'albumine. Mais l'albumine n'est pas seule en cause. Beaucoup de poisons ne sont pas filtrés, intoxiquent l'organisme de ces malades qui sont urémiques avec une urine normale en apparence, mais, en réalité aqueuse et insuffisamment pourvue des déchets qu'elle devrait contenir pour que les individus fussent en bon état.

Les signes cardiaques susceptibles de faire prévoir l'urémie, le bruit de galop avec l'hypertension artérielle sont variables. On peut méconnaître une néphrite parce que précisément à l'instant où on ausculté le cœur, il ne s'y produisait aucun bruit anormal ; le bruit de galop peut disparaître momentanément et il y a des cas où la tension artérielle n'est pas toujours exagérée, de sorte que si le médecin n'est pas au courant de l'état antérieur du malade, il lui est difficile de le deviner.

Une circonstance vient augmenter encore le nombre des obstacles. Chez ces gens atteints de néphrite interstitielle, les ar-

tères sont toujours tendues et les ruptures vasculaires sont fréquentes et quand on se trouve en présence d'accidents cérébraux, il y a toujours lieu de rechercher avec soin s'ils sont d'origine hémorragique ou d'origine urémique.

La céphalée, les troubles visuels, les vomissements peuvent se trouver comme premiers symptômes de l'attaque auxquels succéderont du délire, des hallucinations. La crise s'accompagne moins souvent de convulsions que chez les malades atteints de néphrite parenchymateuse. La forme d'urémie la plus fréquente est la forme comateuse sans céphalée préalable ou avec une céphalée légère qui peut passer inaperçue. La forme apoplectique n'est pas rare. On a rapporté l'histoire de personnes bien portantes en apparence et qui, en allant dîner en ville ou en se rendant à leur cercle étaient frappées d'une attaque apoplectiforme : pour tous, cette attaque semblait liée à une hémorragie cérébrale et néanmoins les suites en étaient effacées quelques jours plus tard.

Le début d'une crise d'urémie, au cours d'une néphrite interstitielle peut donc éclater soudainement et donner le change avec l'ictus de l'hémorragie cérébrale. Un symptôme excellent pour reconnaître l'urémie, c'est qu'en même temps que la paralysie, on trouve les pupilles toutes deux contractées, quelquefois inégales, mais le plus souvent égales et également contractées.

Un symptôme fréquent dans l'urémie et très important, c'est le rythme respiratoire de Cheyne-Stokes ainsi constitué. A une première période où les mouvements thoraciques sont de plus en plus amples et précipités succède une période de véritable dyspnée qui est elle-même suivie d'une phase où la respiration devient de plus en plus lente pour aboutir à une apnée complète. Après ce dernier temps d'apnée, la respiration reprend suivant le même mode et continue ainsi par évolutions semblables à celle que je viens de vous décrire. Quand vous reconnaissez ce type respiratoire, vous pouvez soupçonner fortement l'urémie, car il lui est presque spécial et en caractérise la forme cérébrale.

Il existe donc plusieurs signes pour reconnaître l'urémie. Cependant, on peut se laisser induire en erreur ; on peut la méconnaître mais d'autre part, il arrive qu'en y croyant, l'on passe à côté de la vérité. La confusion est facile surtout à l'hôpital où on ne suit pas les malades. On ignore si le sujet qu'on voit pour la première fois est brightique et les trois quarts des difficultés seraient levés si on savait que son rein est sain ou qu'il a eu des poussées d'albuminurie. Après un accident, on apporte dans les salles un individu dans le coma. On le sonde, on analyse ses

urines et on y trouve de l'albumine ; on en conclut à l'existence du brightisme. Peut-être la conclusion sera-t-elle juste ; mais elle peut aussi bien être erronée, puisqu'un choc cérébral ayant retenti sur la région bulbaire crée des conditions favorables à l'apparition de l'albumine dans l'urine et qu'il faut bien se garder, parce qu'on a vu de l'albumine, de toujours conclure à un brightisme ancien. On est donc très embarrassé pour faire un diagnostic.

Et c'est ce qui m'est arrivé de six fois depuis quinze jours à propos de deux cas où de multiples difficultés étaient réunies. J'ai cru plutôt à l'urémie qu'à d'autres accidents, c'était le plus curable d'entre eux, celui sur lequel la thérapeutique avait le plus de prise ; néanmoins, je n'ai pas affirmé son existence d'une façon formelle, tant elle était difficile à prouver rigoureusement.

Le premier de mes malades était un homme de vingt-neuf ans, exerçant la profession de charron ; grand, solide et vigoureux garçon il n'était pas même amaigri. Quand nous l'avons vu couché dans son lit, au numéro 24 de la salle Trousseau, il était plongé dans la stupeur, dans l'inconscience totale ; il ne se rendait pas compte de ce qui se passait autour de lui ; il ne sentait ni les pincements, ni les piqûres ; il laissait sans réponse toutes les questions qu'on lui posait. On constata une déviation conjuguée des deux yeux qui regardaient du côté de la lésion, du côté droit. Les deux pupilles étaient contractées, la droite moins que la gauche, mais toutes deux contractées, comme dans l'urémie, toutes deux paresseuses, ne s'accommodant ni à la lumière ni à la distance. De plus, il existait une hémiplégie gauche. Cette hémiplégie n'était pas flasque. A la vérité, le bras ayant été levé retombait, mais quand on pliait l'avant-bras, on sentait dans ce mouvement une raideur inconsciente et le même phénomène existait au membre inférieur. Il y avait donc peu de contracture mais une résistance peu marquée, non volontaire, à l'extension et la flexion des membres hémiplégiés et aussi des deux membres droits. Le ventre était souple, un peu déprimé en bateau. Quand on passait l'ongle sur la surface cutanée, on produisait une raie analogue à la raie méningitique. En résumé, hémiplégie gauche, légère contracture du côté paralysé et aussi du côté sain, déviation conjuguée des yeux avec myosis et paresse pupillaire, légère raideur de la nuque et de la mâchoire : telle était la situation du malade. L'urine était chargée d'albumine ; le pouls était régulier, n'était pas ralenti, n'avait pas d'inégalités, battait 80 fois par minute. La température n'était pas la température basse

des accidents cérébraux primitifs ; le thermomètre marquait 38°2.

On n'avait pour tous renseignements que ceux fournis par les brancardiers qui l'avaient monté dans la salle. Eux-mêmes répétaient ce qu'ils avaient entendu dire : l'homme avait eu du délire la veille et était tombé dans la somnolence d'où on n'avait pas pu le tirer. Dans cette ignorance absolue des antécédents pathologiques, il fallait examiner les appareils les uns après les autres et discuter toutes les hypothèses possibles.

La première idée qui venait à l'esprit en présence d'un homme jeune, bien nourri, non cachectique, était celle d'une hémorragie cérébrale, d'autant plus qu'il y avait déviation conjuguée des yeux et hémiplégie. Mais l'attitude soigneusement analysée n'apparaissait pas être celle d'un hémiplégique. On ne constatait pas l'inertie absolue, la flaccidité des membres ni la température basse du premier choc causé par l'hémorragie cérébrale ; au contraire, il y avait contracture légère et de la fièvre avec une température de 38° et 80 pulsations radiales.

Si l'on supposait une hémorragie, il fallait qualifier d'inondation ventriculaire ayant sidéré l'individu et provoqué la paralysie et, en outre, les contractures. Charcot et ses élèves ont montré, en effet, que les atteintes portées à l'épendyme, membrane à réaction violente, donnent naissance à des contractures et parfois à des convulsions. Mais, quand il y a inondation ventriculaire, le stertor est considérable, des sueurs profuses couvrent le corps, la résolution est plus profonde, plus générale, la contracture, l'immobilité plus complètes que celles que nous possédions, car, d'ordinaire, ce n'est pas seulement d'une hémiplégie, qu'il s'agit, mais d'une quadriplégie. Or, nous avions simplement une hémiplégie, nous n'entendions aucun bruit respiratoire causé par le voile du palais devenu passif. Je ne me suis pas arrêté davantage à la pensée d'une hémorragie ventriculaire.

Devais-je faire davantage pour celle d'une hémorragie méningée ? Quand le sang se répand sous la pie-mère, il provoque des contractures comme au cours d'une hémorragie, avec rupture de l'épendyme. Mais l'hémorragie méningée est rare ; je l'ai rencontrée trois fois dans toute ma vie médicale et les accidents consécutifs ne ressemblent en rien à ceux que nous avions sous les yeux. La pâleur du malade est extraordinaire, ses pupilles sont énormément dilatées, la raideur de sa nuque est très prononcée et les convulsions qui l'agitent sont subintrantes. Notre malade avait les pupilles contractées et il n'avait pas cette

pâleur excessive due à la contraction des vaisseaux résultant de l'hémorrhagie méningée. Son urine, à la vérité, contenait de l'albumine. Or, quand l'hémorrhagie méningée touche le bulbe et retentit sur le quatrième ventricule l'urine est albumineuse et, en particulier, elle l'était dans deux des trois cas que j'ai vus. Mais ce caractère, le seul qu'on pourrait invoquer en faveur de l'hémorrhagie méningée ne suffisait pas pour la faire admettre.

J'avais encore une autre raison pour l'exclure, aussi bien, d'ailleurs que l'hémorrhagie cérébrale ; c'est que notre malade avait déliré et que les hémorrhagies se manifestent par un ictus, d'emblée ou avec des prodromes, mais toujours sans délire.

Après ces premières discussions, je devais en ouvrir une autre au sujet des méningites : méningite cérébro-spinale ou méningite tuberculeuse.

Une épidémie de méningite cérébro-spinale règne dans Paris depuis l'an passé. En six mois, on en a rapporté soixante cas à la Société médicale des hôpitaux, ce qui est une quantité énorme et exceptionnelle. Pendant toute ma carrière, je n'en avais vu qu'un cas jusqu'à cette année où j'en ai soigné sept ou huit. On pouvait craindre pareille méningite pour notre jeune homme. Il avait de la raideur à la nuque, un peu de fièvre. Il présentait en ébauche le signe de Kernig, c'est-à-dire que l'impossibilité de mettre complètement la jambe en extension sur la cuisse, tandis que le malade demeure assis, n'était pas entièrement réalisée chez lui. Il avait enfin des contractures diffuses, même du côté non paralysé. D'un autre côté, comme objection, on pouvait dire que la plupart des méningites se produisent à cause d'une pneumonie, à cause d'une maladie du nez ou des oreilles. Or, le malade n'avait aucun accident dans la région nasale ou pharyngienne, aucun écoulement d'oreilles. Il n'avait pas davantage de pneumonie ; il ne se donnait pas la peine de respirer ce qui expliquait la faiblesse du murmure vésiculaire et on n'entendait dans sa poitrine ni râles, ni souffles. Cette absence d'étiologie ne m'empêcha pas de laisser au point d'interrogation sur ce diagnostic, d'autant plus que l'albumine n'est pas rare dans la méningite cérébro-spinale. L'an passé, pendant quarante-huit heures, j'ai pu croire, chez un jeune homme de nos salles, à une fièvre typhoïde parce qu'il avait une température de 39°-40° et une albumine abondante. Et précisément, le malade actuel avait aussi une urine très albumineuse et une température de 38°. Je concluais donc que la méningite cérébro-spinale n'était pas absolument impossible.

(A suivre).