

# LA CLINIQUE

---

III<sup>ème</sup> ANNÉE

MAI 1897

No 10.

---

## TRAVAUX ORIGINAUX

---

### COURS PRATIQUE DE CHIRURGIE DES VOIES URINAIRES

---

PROFESSÉ A L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES ÉTUDIANTS

Par M. le Dr A. GUÉPIN, (de Nantes)

---

1<sup>ère</sup> leçon, (Cathétérisme), recueillie par G. BERTIN, Externe  
des Hôpitaux de Paris

---

Messieurs,

Pendant les quelques instants que chaque semaine, vous voudrez bien consacrer à m'écouter, je m'efforcerai de vous apprendre ce que tout praticien doit savoir de la chirurgie des voies urinaires. Destinés pour la plupart à exercer loin des grands centres, c'est-à-dire, loin de tout spécialiste, vous aurez chaque jour à prendre des déterminations importantes dans l'espèce; et, dans la majorité des manuels que vous avez entre les mains, vous trouverez à coup sûr les notions suffisantes pour préparer un examen, mais point les détails techniques sur lesquels je tiens à insister ici. Je vous montrerai chaque fois les instruments utilisés dans la variété d'interventions que nous étudierons ensemble. Je vous en expliquerai le mécanisme et l'usage; et, à défaut de sujet d'expérience, par de nombreux schémas, je suppléerai autant que faire se peut, à la démonstration clinique qui nous manquera trop souvent. La méthode ainsi qu'il a été écrit, ne saurait remplacer l'expérience; mais elle en rend à tous l'acquisition facile.

Qu'il s'agisse en effet de pratiquer un simple cathétérisme éva-

cuateur ou d'une opération plus complexe, je ne dis point plus sérieuse, il faut tout d'abord que vous appréciez et que vous reteniez l'intérêt majeur d'un diagnostic exact et précis. Le diagnostic est toujours, malgré les apparences, chose délicate à déterminer et il importe pour vous comme pour tout médecin, de redouter l'habitude des simplifications excessives, simplifications absolument artificielles qui conduisent trop ordinairement aux plus regrettables erreurs.

La nécessité absolue de l'exactitude et de la précision dans le diagnostic d'où découleront le pronostic et le traitement, vous démontre que rien de ce qui touche à la séméiologie ne doit être négligé. La séméiologie elle-même ne peut être basée que sur un ensemble de faits tirés de l'examen du malade que vous aurez à soigner, de son interrogatoire, et en particulier, de l'exploration indirecte et directe de ses voies génito-urinaires. Il n'est pas de signes pathognomoniques et il est peu de syndrômes caractéristiques, de telle ou telle lésion. Retenez enfin que dans le sujet que nous traitons d'une façon spéciale, il ne faut jamais isoler d'une manière absolue les voies génitales et les voies urinaires, cela tout particulièrement chez l'homme, mais presque également chez la femme.

L'examen complet du malade pris dans son sens le plus vaste, comprend tout d'abord l'interrogatoire patient, la recherche des antécédents héréditaires et personnels, en arrivant en dernier lieu, à ceux qui doivent plus particulièrement fixer notre attention, c'est-à-dire à ceux qui se rapportent à l'appareil génito-urinaire. Le début, la marche des accidents, l'état actuel seront notés avec soin ; l'entourage fournira parfois d'utiles renseignements dont vous saurez ne point vous priver. Ceci acquis, chaque appareil sera examiné à son tour, en gardant encore une fois pour la fin, l'appareil génito-urinaire. L'inspection, la percussion, la palpation et j'y ajoute le toucher rectal, seront mis en usage ; reprenant alors les résultats encore épars de notre enquête, vous rapprocherez mentalement et vous grouperez avec vos connaissances antérieures, les multiples données recueillies ainsi de toutes parts. Déjà notre opinion sera faite ou à peu près. L'analyse de l'urine, l'examen du dépôt urinaire, sont à la portée de tous et ne seront point oubliés. Alors, soyez sobres d'explorations directes de l'urètre et de la vessie quelles que soient vos précautions antiseptiques. J'insiste encore et j'insisterai de nouveau sur l'extrême prudence que vous devez apporter dans le cathétérisme ; mais, il y a plus : il ne faut sonder un malade que quand les circonstances le commandent impérieusement.

Toutes ces considérations doivent vous paraître un peu vieilles,

tous ces soins poussés à l'excès ; votre pratique nous démontrera mieux que je ne saurais le faire l'importance de ses détails qui sont la base même de la clinique ; et la clinique en particulier celle des voies génito-urinaires, a illustré trop de noms en France pour que l'on puisse jamais la reléguer au second plan et ne pas voir que tout l'intérêt des recherches de laboratoire et des conceptions théoriques, consiste justement dans l'aide et l'appui qu'elles viennent porter à la clinique proprement dite.

Combien il serait facile si toutefois besoin en était, de vous fournir un faisceau de preuves de ce que j'avais tout à l'heure, de vous démontrer les difficultés du diagnostic dans les cas reportés les plus simples. Tel malade n'urine plus ; la palpation et la percussion ne permettent point de reconnaître la distension vésicale ; il n'a point les crises douloureuses de la rétention ; on croit donc à de l'anurie. Le praticien qui l'a examiné ne trouve pas de raisons suffisantes pour expliquer cette anurie ; il fait le cathétérisme et retire plus d'un litre d'urine, preuve indiscutable de l'erreur qu'il allait commettre. Tel autre a des mictions fréquentes, douloureuses et du pus dans les urines ; il a déjà été soigné pour une cystite rebelle et il semble que tous les traitements suivis aient aggravé les souffrances.

L'examen méthodique révèle une augmentation de volume d'un de ses reins dont la sensibilité est accrue ; on pratique la néphrotomie et le malade guérit aussitôt de la fausse cystite, de l'excitation vesico-urétrale, réflexe méconnue que l'on prenait à tort pour inflammation localisée au réservoir urinaire. Tel autre encore, est considéré comme rétréci ; il a les signes physiques et fonctionnels d'un rétrécissement très serré ; il avoue des urétrites antérieures irrégulièrement soignées. On le dilate l'urétrotomise et les choses vont de mal en pis ; lorsqu'un jour par hasard ou de propos délibéré, on débride son méat très étroit et de suite, on peut introduire une bougie volumineuse dans le prétendu rétrécissement. De pareilles confusions sont à éviter ; car, les malades ainsi traités longtemps pour des lésions qu'ils n'ont point, finissent par avoir des altérations de cause mécanique ou chimique parfois définitivement irrémédiables. De très nombreuses observations que je résume ainsi en une sorte de tableau, pour la plupart ne sont pas personnelles. Les cliniciens dont nous aurons souvent à parler, *Civiale, Mercier, Leroy (d'Étiolle), Reliquet*, et que l'on oublie trop facilement aujourd'hui quand il ne s'agit point de s'attribuer le mérite d'une de leurs découvertes, connaissaient par expérience des faits identiques ou analogues aux précédents. Leurs travaux et leur enseignement sont là pour que nous en profitons, tout en leur rendant justice à chaque occasion comme je ne manquerai pas de le faire.

Nous commencerons par envisager dans ses détails le *cathétérisme de l'urèthre* que tout le monde, sauf quelques spécialistes dont je suis, croit savoir faire et bien faire dans tous les cas. Cette petite opération doit être cependant généralement ignorée dans sa technique si j'en juge par ce que j'ai pu voir tant en ville qu'à l'hôpital. Elle consiste dans l'introduction par l'urèthre jusque dans la vessie, d'une bougie ou d'une sonde et a pour but : soit de renseigner sur l'état et la disposition du canal parcouru ; soit, de permettre l'évacuation des urines en rétention ; soit, enfin, de modifier par le passage de la bougie ou de la sonde, les phénomènes présentés ou les transformations subies par les parois de l'urèthre. Le cathétérisme est donc : *explorateur, évacuateur, modificateur* suivant les circonstances, et ces trois actions peuvent également se combiner dans une certaine mesure. Ce n'est point le moment, ni l'endroit pour développer un tel sujet et de suite nous passerons, pour envisager des points plus faciles à retenir comme plus utiles à connaître. Il faut encore rappeler le cathétérisme de certaines opérations spéciales et surtout considérer cette intervention d'après les manœuvres qu'elle nécessite, c'est-à-dire d'après la sonde ou l'instrument employé. (Reliquet).

Les soins antiseptiques préliminaires porteront sur les mains de l'opérateur, sur le champ opératoire, sur l'instrument choisi. Une fois pour toutes, je résume devant vous ces précautions indispensables que vous ne manquerez jamais de prendre avec la minutie qui convient : Savonnage prolongé des mains à l'eau chaude, lavages du prépuce et du gland, le reste des organes génitaux externes étant recouvert d'un linge aseptique ainsi que la région pubienne, sont le minimum qu'on puisse faire. Quant aux sondes, nous les supposerons aseptiques, étant donné que vous les conserverez dans un vase hermétiquement clos, après les avoir désinfectées par des procédés variables ; suivant leur composition, dont le seul exposé occupera l'heure de nos réunions. Votre seringue chargée d'eau bouillie tiède, vous lavez le canal antérieur à plusieurs reprises et alors seulement vous introduisez l'instrument. Celui-ci est graissé avec la préparation suivante, qui de tous les corps gras est de beaucoup la meilleure ; elle a toutefois le défaut de ne pouvoir être longtemps conservée :

Cérat (préparé avec de l'eau ordinaire).....50 grammes  
 Acide phénique synthétique.....0 gr. 30 centigr.  
 (Reliquet)

Ce cérat présente les avantages suivants : il est absolument aseptique par lui-même s'il est bien préparé, et l'acide phénique le rend légèrement antiseptique ; il graisse on ne peut mieux les sondes ; il n'irrite point l'urètre comme le savon par exemple ou la déplorable vaseline boriquée tant en honneur. Mais, à la campagne

vous le remplacerez par de l'huile de vaseline stérilisée par la chaleur et ne contenant aucun antiseptique dont la présence serait au moins inutile.

L'eau bouillie tiède dont tout à l'heure la seringue a été remplie, remplace facilement l'eau boricuée et si le besoin se fait sentir d'ajouter à l'eau bouillie une substance microbicide quelconque, donnez la préférence à l'acide phénique et usez d'une solution au millième, sans alcool.

Acide phénique neige.....	Un gramme
Glycérine.....	Dix "
Eau distillée.....	Un litre

(Guépin)

Avec ces quelques formules si simples, vous pourrez suffire à toutes les indications générales de l'antiseptie et de l'aseptie dans le cathétérisme, en y ajoutant bien entendu ce qui a été dit précédemment pour les mains, la région génitale, et les instruments.

Le cathétérisme est pratiqué avec des instruments rigides à forme plus ou moins fixe, de composition métallique et avec des sondes molles de forme par conséquent variable. De la fixité ou de la variabilité dans la forme des sondes, par conséquent de leur mollesse ou de leur rigidité, résultent des manœuvres spéciales pour leur introduction et il faut donc considérer à part le cathétérisme avec les sondes rigides et le cathétérisme avec les sondes molles.

Les sondes rigides sont de trois sortes : 1o. courbure égale à celle de l'urètre ; 2o. courbure plus petite que celle de l'urètre, (allant jusqu'à l'angle droit : sonde de Mercier) ; 3o. courbure plus grande que celle de l'urètre, (allant jusqu'à la rectitude absolue). D'où trois sortes de cathétérisme avec les sondes rigides : à curviligne (Gely, Récamer, Beniqué) ;

{ b. avec les sondes à petite courbure (Mercier, de Caudmont) :  
 { c. rectiligne (Amussat).

Il est certaines règles communes à tout cathétérisme ; et, d'après *Rebiquet* dont les leçons jadis si écoutées, inspirent mon modeste enseignement, la première est que tout cathétérisme doit être en quelque sorte, explorateur ; car deux sensations guident le chirurgien dans l'introduction de la sonde : celle de la résistance produite par un obstacle situé au devant du bec ; celle de la résistance due à une pression sur la surface de la sonde dans sa continuité. Pour percevoir ces sensations et localiser ces résistances, tant avec les instruments rigides qu'avec les sondes molles, le chirurgien observera les principes suivants : se servir de la main la plus exercée ; pousser la sonde dans l'urètre d'un mouvement continu et observé.

Mais celui ci n'est point un simple canal passif destiné seulement à donner passage à l'urine au moment où se contracte la vessie ; c'est encore et surtout un appareil actif dans les intervalles de la miction, qui par les contractions des muscles qui l'entourent

peut faire et fait obstacle à la puissance vésicale. La simple tonicité des muscles urétraux suffit à empêcher l'incontinence à l'état physiologique et permet cependant le cathétérisme. Il faut donc que le chirurgien s'efforce de mettre au repos, l'urètre qu'il veut franchir avec la sonde. Les difficultés à surmonter tiennent en effet tout autant à la courbure urétrale qu'à la contraction de ses parois, que celle-ci reconnaisse à son tour une cause physiologique ou pathologique.

L'étude des conditions de repos de l'urètre nous conduira à employer les moyens favorables au cathétérisme ; voilà pourquoi, en paraissant faire une digression, nous n'entrerons que plus avant dans notre sujet : Lorsque la contraction vésicale tend à chasser l'urine au dehors et surtout, s'il s'y joint la poussée des organes abdominaux déterminée par l'effort, la tonicité des muscles contracteurs de l'urètre serait absolument insuffisante à en oblitérer la lumière, si n'intervenait point à son tour la contraction de ces mêmes muscles proportionnée à la puissance qu'elle doit contrebalancer. Cette contraction urétrale se produit chaque fois qu'il y a effort à n'importe quel degré ; et, il en résulte que le sujet à cathétériser doit être placé dans une position telle que tout effort soit impossible. Mais à côté de l'effort général, il faut envisager comme vous avez appris à le faire, en étudiant la physiologie de la miction, l'effort spécial d'évacuation, où les muscles du périnée se relâchent sous l'influence de la volonté ; donc, le malade peut, passivement, en se plaçant dans une attitude telle que l'effort général soit impossible, activement, en poussant légèrement comme s'il voulait uriner, faciliter l'introduction des sondes.

Et partant de là, voulez-vous le sonder debout ? Il sera alors, les reins appuyés sur un plan vertical résistant, le tronc droit, la tête droite, la bouche ouverte, les jambes légèrement écartées ; couché, il se placera horizontalement sur le dos, la tête légèrement relevée, la bouche ouverte, les jambes fléchies et écartées, reposant par leurs faces postérieures sur un coussin transversal. On ne supprime point ainsi la contraction réflexe de l'urètre, mais on la rend peu durable à cause de la fatigue locale qui ne tarde pas à se produire. Dans certains cas pathologiques, malgré toutes les précautions, le cathétérisme restera fort difficile sinon impossible momentanément sans qu'il y ait autre chose que de la contracture urétrale faisant obstacle à la progression de la sonde ; nous aurons l'occasion de parler de ces faux rétrécissements.

Le cathétérisme n'est point urgent et vous le présumez pénible : Habituez alors, le malade et l'urètre au contact des instruments en introduisant jusqu'à la distance permise par la sensibilité, une sonde molle de petit calibre que vous laissez quelques instants en place. Le cathétérisme est urgent ; ayez recours aux moyens indiqués plus

haut ; position debout, position couchée, effort léger pour uriner ; au besoin, aues hésie générale. Car je suppose qu'avant de vous prononcer sur l'urgence du cathétérisme, vous avez épuisé si possible la série des procédés indirects pour rétablir le calme urétral : bain tiède, lavement évacuant, sangsues au périnée, etc. L'injection dans le canal de deux à trois centimètres cubes d'une solution de chlorhydrate de cocaïne parfois contre indiquée (1 gramme de chlorhydrate de cocaïne pour 200 grammes d'eau distillée,) gardée cinq minutes environ, ne sera utilisée qu'exceptionnellement ; car, quoique n'ayant jamais eu le moindre accident avec d'aussi faibles doses, je ne crois pas qu'il soit permis de se départir de la plus grande prudence.

Poursuivant le plan indiqué dès le début, nous arrivons désormais au cathétérisme avec les instruments rigides, dont il nous reste à préciser l'historique si intéressant et les manœuvres si délicates. Les idées générales précédemment exposées, trouveront ici à chaque instant leur application directe et j'aurai soin de le rappeler.

#### POTION STIMULANTE DE TODD

Nous donnons à la demande de l'un de nos abonnés la formule de la potion de Todd qui est si souvent recommandée dans les maladies fébriles ou inflammatoires et que pour notre part nous prescrivons souvent ayant remarqué qu'elle répugne moins que le brandy ou l'alcool ordinaire, à la plupart des malades.

Eau de vie vieille .....	40 grammes.
Sirop simple.....	30 “
Teinture de Cannelle .....	5 “
Eau distillée (ou bouillie).....	5 “

De 2 à 8 onces par jour, dans de l'eau fraîche.

#### MÉDECINE USUELLE, GUÉRISON DES ENGELURES

Un petit mal, insignifiant par lui-même, mais qui cause de cuisantes douleurs en hiver, est le gonflement inflammatoire des extrémités, que l'on connaît sous le nom d'engelures.

Quand on se lave les mains, il faut avoir le soin de les essuyer bien à sec, afin de n'y laisser aucune humidité qui, se congelant au contact du froid, arrête la circulation du sang et forme l'engelure.

Il faut éviter aussi, lorsqu'on rentre du dehors, de se réchauffer brusquement, le froid alternant avec la chaleur produisant également des engelures.

Ces précautions suffisent pour empêcher le mal ; maintenant, quand on l'a laissé venir, on peut le combattre de la manière suivante : bain d'eau froide sinapisée ou frictions avec de l'eau salée et de l'alun.... ou lotions avec de l'eau-de-vie camphrée.

# L'INFECTION GONOCOCCIQUE

## VULVO VAGINITE DES PETITESFILLES

Notre ami le DR CAMOUS, de Nice, a bien voulu nous autoriser à publier les pages suivantes tirées d'un ouvrage pour paraître prochainement : *L'Infection Gonococcique*.

Le gonocoque ne se trouve comme hôte normal ni chez l'homme ni chez la femme. De Amicis—*Rivista clinica e terapeutica*. Mars 1894 — avait conclu de ce que l'on avait trouvé le gonocoque chez de très jeunes enfants atteints de vulvo vaginite — sans attouchement, sans viol — que cet organisme pouvait se produire spontanément. Mais des faits nombreux nettement observés s'opposaient à cette conclusion : On dut admettre la notion de la contagion accidentelle.

Forster, en 1860, signale le cas de trois fillettes prenant un écoulement de leur mère qui avait la même affection : Une éponge commune à la mère et aux enfants avait été la cause de l'infection.

Mais comme le gonocoque n'était pas encore connu, on ne put différencier cet écoulement. D'autant plus que selon Guérin " sous l'influence de la dentition, les organes génitaux peuvent être le siège d'une sécrétion ressemblant à celle de la blennorrhagie." Mais de pareils faits se répètent et la connaissance du gonocoque vint permettre d'affirmer la nature infectieuse de ces écoulements.

Seiffert, de Leipzig, rapporte que l'on constata un écoulement avec gonocoques chez un enfant de 14 ans, qui dormait habituellement dans le même lit que sa mère affligée depuis plusieurs années d'un écoulement.

A la suite, Suchard, Ollivier, Duschs, Pott, rapportèrent de véritables épidémies de vulvo-vaginites.

Frankel, en 1883, avait trouvé dans l'examen de l'écoulement un organisme identique au gonocoque mais il n'admit pas la nature blennorrhagique de cette vulvo-vaginite.

Israël, Widmark, Spath, Cséri, Lenander, Steinschneider, Fischer, E. Martin, Koplik, sont de l'avis opposé car l'examen du pus et des cultures leur ont montré l'identité du microbe constamment rencontré dans la vulvo-vaginite avec le microcoque de Neisser. Berggrün (1893) avec le pus de la vulvo-vaginite obtient des cultures de gonocoque et il arrive à admettre à côté d'une vulvo-vaginite produite par les microbes de la suppuration — l'infection ordinaire, une vulvite franchement blennorrhagique — l'infection gonococcique.

Hobl, à la Société Viennoise de dermatologie, séance du 10 janvier 1894, présente un enfant de 4 ans chez qui il existe un écoulement purulent abondant avec de nombreux gonocoques vérifiés. Cet enfant couche dans le même lit que sa mère atteinte d'une Bartholinite purulente à gonocoques du côté gauche. Nous avons cité ce cas bien qu'il se rapporte à l'urèthre d'un petit garçon pour montrer l'origine de la blennorrhagie. L'infection accidentelle.

Sur ce même sujet signalons la communication de Weill et Baryon : une épidémie de vulvites occasionnée par un thermomètre. Nous pourrions multiplier les faits mais ce serait, croyons-nous, inutile, car à l'heure actuelle, la contagion accidentelle paraît bien a mise.

Mais tous ces faits soulèvent une grosse question : la valeur du gonocoque en médecine légale.

Levi, en 1890, dans le journal italien des maladies vénériennes, conclut à la culpabilité d'un inculpé qui présentait des gonocoques parce que sa prétendue victime avait une vulvo-vaginite à gonocoques.

La question ainsi posée ne peut subir de solution car à côté de la contagion criminelle il y a la contagion accidentelle. Nous avons lu en juin 1896 une communication du plus haut intérêt et qui fait honneur à celui qui l'a faite. Un médecin, chef de service, à Berlin, dont nous avons égaré le nom, avait manié des cultures de gonocoque dans son laboratoire. S'étant imparfaitement lavé les mains il urina et son doigt sur lequel s'était égaré le gonocoque le transmit à l'urèthre. Deux jours après, un écoulement à gonocoques se déclarait. Le docteur allemand s'était donc inoculé la blennorrhagie accidentellement.

Mais supposons que ce même docteur après avoir uriné, ait encore conservé sur son doigt un ou plusieurs autres gonocoques—cela est possible—supposons qu'il ait eu à ce moment là à examiner la vulve d'une jeune fille, sans témoins, dans le secret de son cabinet—chose encore possible—il pourra infecter cette vulve comme il s'était infecté lui-même l'instant d'avant. Et l'enfant présentant à deux ou trois jours de là un écoulement qu'elle n'avait pas lors de l'examen médical, que fera la famille ? Qu'un autre médecin soit mandé pour l'examiner et que constatant une vulvo-vaginite à gonocoques il veuille faire une enquête, on avouera que la situation pourra devenir critique. Nous venons de réaliser le cas de Lévi : le médecin présente des gonocoques et la petite fille n'en est pas exempte. Nous le répétons, se placer sur ce terrain, n'est aboutir à aucune solution car la question qui doit primer le débat est celle-ci : L'expert constatant dans un écoulement la présence d'un microcoque présentant tous les caractères qu'on est

convenu d'attribuer au gonocoque, cet expert pourra-t-il affirmer qu'il a affaire au gonocoque ? En réalité c'est rouvrir le débat sur la spécificité du gonocoque de Neisser. MM. Vibert et Bordas ont écrit en 1890, dans la *Médecine Moderne* : " Dans aucun cas l'expert n'est autorisé à affirmer la nature blennorrhagique d'une vulvite, même en se basant sur l'examen bactériologique le plus complet." Il serait intéressant de savoir si depuis les six années écoulées, M. Vibert pose toujours les mêmes conclusions. Nous reviendrons dans un instant sur ce point. Examinons l'infection au point de vue criminel. Un expert mandé constate chez l'inculpé et chez la victime un écoulement blennorrhagique affirmé bactériologiquement. Il examine la vulve de la victime et constate tous les signes d'une effraction violente : le doute n'est pas possible, il y a eu viol. L'expert pourra affirmer l'identité des deux écoulements. Mais qu'au lieu de cette vulve délabrée, l'expert ne constate rien d'anormal, que devra-t-il conclure ou mieux que pourra-t-il conclure ?

1. Que l'inculpé a pu promener sa verge entre les lèvres du vagin, lentement, délicatement, comme il aurait fait d'un pinceau. L'infection s'est faite mais il n'y a aucune trace de cet attouchement.

2. L'inculpé a pu simplement se servir de son doigt. Frottant légèrement après s'être souillé avec l'écoulement de son urèthre. Nous sommes alors ramenés à une contagion accidentelle.

3. L'inculpé, victime ou non d'une tentative de chantage, n'est pas coupable. Il faut songer à une contamination indirecte.

L'expert devra examiner les parents, les personnes en relation directe avec l'enfant, notamment les amis d'école ou d'atelier.

Dans ce cas encore, il se trouve en face de la contagion accidentelle.

Il nous paraît donc que l'expert ne peut se prononcer que dans le cas d'effraction nettement constatée. Dans le cas de vulve intacte il se trouvera en présence des trois solutions que nous venons d'indiquer.

Le choix de l'expert est de la plus haute importance. Nous dirons avec Bosc : " que la recherche ne doit pas être faite par le premier venu, ni même par quelqu'un ayant quelque habitude du microscope ; non, cette investigation doit être pratiquée par un homme compétent, un bactériologiste attitré, rompu à la technique spéciale, ayant l'habitude des microbes, qui ayant fait une étude complète du cas, puisse donner une réponse assurée."

Nous ferons la même remarque au sujet des taches et des linges souillés. Là, plus particulièrement à cause des difficultés innombrables à surmonter il faut une autorité sans conteste, c'est précé-

sément cette autorité, ce tact et cette science qui font des rapports de MM. Brouardel et Vibert, notamment, des "infaillibilités."

Pour affirmer qu'il a rencontré le gonocoque, l'expert devra fournir la double série de caractères donnés par les cultures et l'examen microscopique. " Nous n'admettrons comme gonocoque que les diplocoques non décolorables par le Gram, liquéfiant la gélatine, donnant sur gélose des cultures blanches ou grisâtres, ne pouvant généralement s'isoler que sur plaque à l'aide du mélange de Wertheim et formant sur la pomme de terre des petites colonies arrondies rappelant des gouttelettes de pus."—Bosc.

MM. Veillon et Hallé ont publié dans les archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique du 1er mai 1896 un assez long mémoire intitulé : " Etude bactériologique des vulvo-vaginites chez les petites filles et du conduit vulvo-vaginal à l'état sain." C'est un excellent travail du laboratoire de M. le Professeur Grancher et dans cette étude sur la vulvo-vaginite nous allons lui faire de larges emprunts.

Des recherches microscopiques et des cultures de MM. Veillon et Hallé, il résulte que l'organisme rencontré dans la vulvo-vaginite possède tous les caractères attribués au gonocoque. " Maintes fois, ajoutent ces auteurs, nous avons comparé les cultures du gonocoque retiré des vulvites aux cultures que nous obtenions avec le pus des blennorrhagies uréthrales typiques, d'ophthalmies purulentes et d'une blennorrhagie chez la femme, et nous avons toujours constaté l'identité des deux organismes. Nous n'hésitons donc pas à identifier ce microcoque des vulvites au gonocoque de Neisser."

D'une étude de Heiman il résulte les mêmes conclusions ; la méthode de Gram est suffisante pour éviter toute erreur. Les conclusions de Dupré signalées par Marcel Sée sont les mêmes. Les préparations n'étaient pas possibles à distinguer avec le pus blennorrhagique de l'adulte.

C'est à l'hôpital des Enfants Malades que MM. Veillon et Hallé ont fait toutes leurs recherches.

Les voici résumées :

" Dans une première série nous avons fait seulement l'examen sur lamelles, de pus recueilli chez des enfants atteints de vulvo-vaginites. Nous nous contentions d'examiner ces lamelles par une coloration simple et par la méthode de Gram." Dans 25 cas sur 27 l'organisme rencontré était le gonocoque. Mais ces auteurs ne s'en sont pas tenus là. " Par la culture systématique sur des milieux variés, nous avons cherché à isoler toutes les espèces microbiennes existant dans le pus, même les plus fragiles, pour pouvoir les identifier et nous rendre compte de leur rôle pathogène." Par réensemencements successifs ces auteurs ont obtenu des cultures pures

d'organismes qu'ils ont pu identifier. C'est ainsi qu'ils ont cultivé :

1. Un microcoque qu'ils ont reconnu être le gonocoque de Neisser.
2. Le bacille pseudo-diptérique commun.
3. Le bacille pseudo-diptérique en massue.
4. Le streptocoque.
5. Le staphylocoque blanc.

Les 4 derniers organismes ne sont pas pathogènes. Sur 21 cas de vulvite pour lesquels MM. Veillon et Hallé ont fait l'examen avec cultures, le gonocoque a été trouvé 17 fois isolable par la culture dont 5 fois à l'état de pureté.

Les conclusions de ces auteurs sont donc que le vagin de l'enfant à l'état normal ne contient jamais le gonocoque, qu'il est utile de faire et l'examen microscopique et la culture, car certains écoulements même très faibles et n'attirant pas l'attention peuvent être de nature blennorrhagique.

Des nombreuses observations publiées dans ce mémoire nous reproduisons la suivante. L'examen et les cultures nous montrent le gonocoque transporté de la vulve aller produire une ophtalmie purulente gonococcique :

Louise D. 7 ans et demi. La vulvite date de trois semaines. On ne peut retrouver comment le contagage a pu se faire. Depuis plusieurs jours ophtalmie purulente qui détermine l'entrée à l'hôpital.

*Examen de l'œil.*—Examen microscopique—Gonocoque—Cultures.—Gonocoque. Les autres espèces microbiennes n'ont pas été identifiées.

*Examen de la vulve.*—Examen microscopique—Gonocoque qui paraît être à l'état de pureté.

Cultures.—Gonocoque en grande abondance.

Streptocoque non pathogène—bacille en massue de Weeks.

L'inflammation vulvo-vaginale revêt en somme des formes multiples mais nous pensons que la blennorrhagie en est la cause la plus fréquente. Elle se reconnaît à ses signes habituels, cuisson, rougeur, gonflement, écoulement, mais l'examen microscopique et les cultures devront la différencier.

La clinique peut nous confirmer la nature blennorrhagique de la vulvo-vaginite quand il y a en même temps coexistence de l'uréthrite car celle-ci est en effet très rare chez la femme en dehors de la blennorrhagie.

M. Comby a rapporté à la séance de la société médicale des hôpitaux du 23 octobre 1896, les observations de 3 fillettes âgées l'une de deux ans et demi, l'autre de six ans et la troisième de huit ans, chez lesquelles on avait porté le diagnostic de métror-

rhagie ou de menstruation précoce. Il s'agissait d'hémorrhagies consécutives à une vulvo-vaginite ayant envahi l'urèthre. Le sang ne venait pas du vagin mais bien de l'urèthre.

Nous devons encore ajouter que ces vulvo-vaginites peuvent produire des complications générales : nous avons lu dans la thèse de Vignaudon de nombreuses observations d'arthrites, signe évident de l'infection généralisée. D'après cet auteur ces arthrites ne se termineraient jamais par ankylose mais on aurait noté la terminaison par suppuration et l'atrophie du membre.

Cette arthrite peut survenir dans les débuts de la blennorrhagie, à la fin ou même après la guérison de la vulvo-vaginite. Son pronostic est benin.

L'immobilisation en a parfaitement raison.

DOCTEUR CAMOUS (de Nice)

---

#### LA DULCINE COMME SUCCÉDANÉ DU SUCRE POUR LES DIABÉTIQUES

La dulcine paraphénol carbonide, découverte par Bellinbleau, de Varsovie, est 250 fois plus sucrée que le sucre ; c'est une poudre cristallisée, parfaitement blanche, fusible à 173°, 174°, soluble en 800 parties d'eau à 15°, à 1 pour 50 dans l'eau bouillante, à 1 pour 15 dans l'alcool à 20°. Cette substance est absolument inoffensive aux doses auxquelles elle peut être agréable aux diabétiques ; le maximum quotidien pour l'un des malades a été de 75 centigr., que l'auteur donne en pastilles de 25 milligr., équivalant à 5 grammes de sucre ordinaire. La saveur de la dulcine se rapproche de celle du sucre bien plus que le goût de la saccharine ; son innocuité a paru absolue chez toute une série de diabétiques, dont quelques-uns en font usage depuis un an.

(*Journal de médecine de Paris.*)

STERLING.

# FAITS CLINIQUES

---

## IRIDÉRÉMIE

---

Les anomalies congénitales de l'iris ne sont pas choses communes, il s'en présente cependant quelques fois en clinique, mais le cas que j'ai été à même d'observer est si rare que je ne puis m'empêcher d'en faire communication.

Le 7 août dernier, Mlle Louise E., âgée de 5 ans se présentait en compagnie de sa mère, à mon service de l'Hôpital St-Joseph.

L'enfant venait me consulter pour un catarrhe naso-pharyngien, que je constatais être dû à des tumeurs adénoïdes. Tout en procédant à son examen, j'interrogeais la mère sur les antécédents de l'enfant.

Madame E. me dit que l'enfant jouissait d'une très mauvaise santé générale, qu'elle avait constamment été sous les soins des médecins depuis sa naissance, qu'elle avait un bras paralysé, etc.

En effet je constatais une atrophie musculaire des muscles du bras et de l'avant-bras gauche.

Le dernier médecin que j'ai consulté, ajouta Madame E., m'a conseillé de la faire examiner par un spécialiste pour les maladies mentales, car lorsqu'elle vous regarde, elle a véritablement un regard de folle.

J'avais bien constaté que la fillette avait un singulier regard, mais je n'y avais pas encore attaché une grande attention n'étant pas rendu à cette partie de mon examen.

Je prends mon ophthalmoscope et je reste très étonné en me trouvant en présence d'une mydriase absolue des deux yeux. J'interrogeais la mère pour savoir si l'on avait instillé des gouttes dans les yeux de l'enfant. La mère me répondit avec la plus grande certitude qu'il n'en était rien, que l'enfant était comme cela depuis sa naissance et que du reste elle n'avait jamais eu mal aux yeux.

Procédant à l'éclairage latéral, je fus bientôt convaincu que j'étais en présence d'une *Iridérémie double congénitale et totale*.

Pas d'antécédents névropathiques chez la famille de cette enfant, ni du côté de la mère, ni du côté du père. Les frères et sœurs de la fillette sont parfaitement conformés.

La cornée et le cristallin sont normaux.

## II

## LUXATION DU CRISTALLIN

M. Herménégilde H... me fut envoyé par un médecin bien connu de la rue St-Antoine.

Ce malade se plaint de son œil gauche qui le fait atrocement souffrir depuis trois jours. Voici du reste comment la chose s'est déclarée : il était à fendre un morceau de bois avec une hachette lorsque soudain un morceau de bois vint violemment le frapper sur le front au-dessus du sourcil gauche et sur l'œil.

Aussitôt après l'accident, il s'en fut chez son médecin qui, voyant la gravité de l'affection, s'empressa de me l'envoyer.

Voici ce que je fus à même de voir :

A première vue il semble que l'œil est fortement enfoncé dans l'orbite, les paupières qui le recouvrent donnant cette impression, si caractéristique chez les personnes opérées d'énucléation.

En ouvrant délicatement les paupières, on voit que l'œil est rouge, congestionné, état auquel participent les conjonctives palpébrales. On ne trouve aucune trace de pus et les tissus ne sont point gonfiés. La cornée est intacte, mais l'œil est comme revenu sur lui-même, diminué de volume.

En examinant à l'éclairage oblique on voit que la chambre antérieure est vaste, plus grande qu'à l'ordinaire et on y trouve un corps rond, transparent, à bords dorés, situé en avant de l'iris, qui se referme en arrière de lui comme un rideau.

Ce corps rond, transparent n'est autre que le cristallin luxé et renversé totalement dans la chambre antérieure.

Il n'existe en réalité aucun enfoncement de l'œil, l'état apparent est dû au déplacement du cristallin.

Quant au mécanisme de ce phénomène, voici généralement comment il opère. Sous l'influence du coup, la zonule étant venue à se briser, ne donne plus son soutien au cristallin qui vacille et tombe dans la chambre antérieure.

De toutes les luxations du cristallin, la plus dangereuse est celle produisant la chute de cet organe dans la chambre antérieure.

Voici du reste, en quelques mots, la série de phénomènes se produisant après cet accident :

a) L'iris ayant perdu son soutien vacille et tremblotte.  
b) Le cristallin n'étant plus là pour l'acte de la réfraction met le malade dans la position d'une personne ayant été opérée de cataracte.

c) En plus le cristallin étant renversé dans la chambre antérieure et se trouvant placé obliquement devant la pupille, cause un astigmatisme irrégulier.

d) D'un autre côté, le cristallin refoulant l'iris en arrière, irrite à la longue l'urée et provoque une *iridocyclite*, pouvant amener une ophtalmie sympathique.

e) On remarque aussi fréquemment une hypertonie de l'œil, d'où *glaucome* secondaire et tout ce qui s'en suit.

f) Si le cristallin appuie contre la cornée il se manifeste une inflammation cornéenne des plus graves amenant une opacité permanente.

Lorsqu'un cas semblable se présente, il ne reste donc qu'une seule chose à faire, c'est de procéder à une opération, et nous sommes d'avis que cette intervention soit faite dans le plus court délai possible.

C'est ce que du reste nous avons conseillé à notre malade.

JEJIN-PRUME

Montréal, septembre 1896.

*Du tamponnement au moyen de tarlatane imprégnée de gutta-percha dans le traitement des hémorrhagies post-partum et d'autres hémorrhagies cavitaires.*—On sait qu'il est des cas d'hémorrhagies post-partum où le tamponnement intra-utérin le plus serré, fait avec des lanières de tarlatane iodoformée, se montre impuissant, le sang continuant à suinter à travers la gaze qui fait, pour ainsi dire, office de drain. Afin d'éviter cet accident redoutable, M. le docteur O. Schaeffer, privatdoceni d'obstétrique et de gynécologie à la Faculté de médecine de Heidelberg, recommande de se servir, pour tamponner la matrice, de tarlatane imprégnée de gutta-percha qui, tout en conservant sa souplesse habituelle et la propriété de se charger d'iodoforme, n'est pas hygroscopique et par conséquent assure l'occlusion de la cavité où on l'a introduite.

Pour le tamponnement hémostatique de l'utérus ou d'une plaie cavitaire quelconque, notre confrère procède de la façon suivante :

On tasse d'abord dans le fond de l'organe ou de la plaie une certaine quantité de tarlatane simplement aseptique ; puis on termine le tamponnement avec de la gaze imprégnée de gutta-percha, en ayant soin de laisser pendre en dehors le bout de la lanière de tarlatane ordinaire qu'on avait introduite en premier lieu. De cette façon on réalise un pansement occlusif associé à un drainage. Si l'hémorrhagie persiste, rien n'est plus facile que de supprimer le drain de tarlatane et d'obtenir une occlusion parfaite en renforçant le tampon par quelques nouvelles couches superficielles de tarlatane à la gutta-percha.

# REPRODUCTION

---

## SUR LES FORMES ANOMALES DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU

---

Par V. HANOT, Agrégé Médecin de l'Hôpital  
Saint-Antoine.

---

C'est le propre de la maladie infectieuse de se présenter sous de multiples aspects cliniques, tellement dissemblables qu'ils ne paraissent pas au premier abord appartenir à une même famille morbide. Du grand type fondamental dérivent des variantes plus ou moins nombreuses ; les unes faciles à rattacher à la souche primitive, les autres dont la filiation ne s'établit que par une enquête habile. Le clinicien doit exceller à dégager la règle de l'exception et à saisir, à travers les irrégularités de forme, l'essence de la maladie et les indications certaines de pronostic et de traitement.

L'observation clinique a analysé les procédés suivants lesquels le prototype s'émiette, pour ainsi dire, en modalités secondaires. Je n'en signalerai ici que quelques-uns des plus importants.

Ainsi, en premier lieu, on peut appliquer à toute maladie infectieuse une grande subdivision en forme bénigne ou atténuée et en forme maligne ou intensive, qui s'adapte à la pneumonie comme à l'érysipèle, à la fièvre typhoïde comme à la dysenterie et au choléra. Et ces deux physionomies d'une même maladie peuvent être totalement opposées. Dirait-on au premier coup d'œil que la varioloïde et la variole hémorrhagique ou variole noire représentent deux branches d'un même tronc ? Dirait-on qu'un lien étroit unit cette scarlatine effacée dont Sydenham disait qu'elle mérite à peine le nom de maladie, *via morbi nomen*, et ces scarlatines hyperpyrétiques qui peuvent tuer en quelques minutes ?

Un second élément essentiel de différenciation résulte de la différence des points frappés, selon les cas, par le même agent pathogène. Ainsi, l'on connaît, en dehors de la fièvre typhoïde classique ou tyhus abdominal, un pneumo-typhus où les lésions spécifiques n'ont plus leur foyer principal dans l'intestin mais dans le poumon ; l'on connaît aussi, en dehors de la pustule

maligne, un charbon abdominal, en dehors de l'actinomyose de la face, une actinomyose abdominale. Un autre élément de cet ordre découle d'une dissociation symptomatique par inversion chronologique. Ainsi, dans la fièvre ourlienne, la fluxion testiculaire peut précéder la fluxion parotidienne.

Ces anomalies s'observent surtout dans les maladies infectieuses à forme congestive prédominante, où l'agent infectieux ne se concrète pas forcément en produits fixes et tangibles ; tout particulièrement dans le rhumatisme articulaire aigu.

Je vous ai déjà entretenus, dans une leçon précédente, de la forme typhoïde que revêt quelquefois le rhumatisme articulaire aigu ; il est inutile d'y revenir.

Je veux surtout maintenant vous faire remarquer que, dans certains cas de rhumatisme aigu, les manifestations articulaires ont un siège exceptionnel ou sont tellement atténuées, qu'elles passent inaperçues, de telle sorte que le rhumatisme ne se manifeste nettement que par telles ou telles de ses complications abarticulaires, dont l'origine et la nature échappent alors très souvent. Dans d'autres cas, il semble bien que les manifestations articulaires ont fait totalement défaut et qu'il s'agit d'un véritable *rhumatisme syncopé*. Dans d'autres cas encore, l'ordre habituel de succession des symptômes a été troublé et le rhumatisme interne ou viscéral a précédé la polyarthrite aiguë généralisée. Ces évolutions anormales conduisent à des erreurs de diagnostic qui sont d'autant plus graves qu'elles ne permettent pas d'administrer ou d'administrer à temps le remède très efficace, sinon spécifique, dont on peut disposer. Il est donc d'intérêt majeur de dépister les débuts irréguliers, les évolutions irrégulières du rhumatisme aigu. Je rapporterai ici quelques observations personnelles, qui fixeront mieux dans l'esprit les généralités que je viens d'exposer.

\*\*\*

Parmi les rhumatismes à siège exceptionnel, je citerai d'abord le rhumatisme cervical bien étudié par Grancher, Lannelongue, Marfan.

Si les autres fluxions articulaires font défaut, on prend le rhumatisme cervical pour un simple torticolis ; on l'a pris encore pour une manifestation de méningite cérébro-spinale (H. Roger et West). A propos du rapport entre le torticolis et le rhumatisme cervical, M. Lannelongue s'exprime ainsi : " le torticolis du sterno-mastoïdien ou des muscles postérieurs n'est pas la maladie véritable qui est une arthrite cervicale : il n'est qu'un symptôme ; l'examen des jointures peut seul fournir un diagnostic exact.

Dans d'autres circonstances, il y a tout lieu de supposer que la fluxion rhumatismale s'est faite sur les articulations, non plus seulement de la colonne cervicale, mais du rachis tout entier, ou particulièrement du segment dorsolombaire : le rhumatisme est dit alors rhumatisme spinal.

Il n'est pas toujours facile de le distinguer d'une myélite aiguë incomplète avec arthropathies, comme le fait remarquer M. Rendu ou d'un lumbago fébrile ; de même qu'on a souvent peine à établir, même quand le diagnostic de rhumatisme spinal est certain, si les enveloppes spinales et le tissu même de la moelle ne sont pas intéressés concurremment avec les articulations rachidiennes elles-mêmes. Toutefois, des observations indiscutables de rhumatisme spinal ont été publiées par Trousseau, Vallin, Rendu, etc.

J'en ai observé, en 1886, à l'hôpital Tenon, un cas qui me semble assez net.

Un homme de trente-cinq ans fut pris, au milieu des champs, en regagnant à la hâte une gare de chemin de fer, d'un pressant besoin. C'était en décembre : il dut s'exposer, en sueur, à un froid sec et vif. Dans la nuit même, il eut une fièvre vive et des douleurs violentes dans les lombes et les deux membres inférieurs.

Le surlendemain, il entra à l'hôpital. La fièvre avait persisté et donnait au thermomètre 40 degrés. Les douleurs étaient aussi vives, sans répit, éclatant spontanément et réveillées aussi par la pression exercée sur les masses musculaires, les articulations ou les trajets nerveux. Le moindre mouvement des membres inférieurs était impossible. On notait de la constipation, de la dysurie ; les urines rares et foncées contenaient près d'un gramme d'albumine par litre.

Le salicylate de soude, à la dose de 6 grammes en vingt-quatre heures, calma les douleurs et fit tomber la fièvre à 38°, 5, 38 degrés.

Sept jours après l'entrée à l'hôpital, l'articulation tibio-tarsienne gauche et le genou droit se tuméfièrent, contenant un léger épanchement. Le lendemain, le premier bruit cardiaque à la pointe paraissait plus dur et plus prolongé qu'à l'état normal.

Pendant plusieurs semaines, le malade ne put se remuer dans son lit. Les douleurs terminées, il marchait encore avec peine, traînant les jambes restées lourdes. Après trois mois de séjour à Tenon, il avait récupéré la plénitude de ses mouvements et quittait l'hôpital, conservant toujours un prolongement systolique râpeux à la pointe du cœur.

J'ai, depuis, revu souvent cet homme. Quatre ans après sa sortie de l'hôpital, il a été pris de douleurs dans les coup-de-pieds et les genoux, puis, successivement, dans les poignets et les coudes ; les douleurs, qui ne s'accompagnaient pas habituellement

de fièvre et n'empêchaient pas d'abord le malade d'aller et de venir, n'ont jamais complètement cessé et ont présenté, à des intervalles variables et pendant des périodes plus ou moins longues, des exacerbations avec fièvre. Puis, les articulations se sont déformées petit à petit; les masses musculaires juxta-articulaires ont été s'atrophiant. Il s'est fait ainsi un rhumatisme déformant progressif qui, depuis trois ans, évolue d'ailleurs beaucoup plus lentement.

Je ne puis croire que la polyarthropathie aiguë du début n'ait été que l'entame du rhumatisme déformant survenu ultérieurement; c'était bien, à n'en pas douter, un rhumatisme articulaire aigu, à forme spinale. Mais on peut se demander si l'infection rhumatismale préalable n'a pas mis en train le processus de l'arthropathie progressive. Je reproduis, par parenthèse, cet épilogue, qui pourra peut-être servir de documents pour l'étude pathogénique de l'arthropathie nouvelle progressive.

Lorsque les arthropathies rhumatismales à siège exceptionnel sont encadrées dans un rhumatisme régulier sur tous les autres points ou lorsqu'elles précèdent de peu de temps une évolution rhumatismale classique, lorsque, surtout, la complication cardiaque habituelle se produit à son heure, l'hésitation ne saurait être de longue durée. Autrement, le diagnostic reste incertain: la brusquerie d'un début après un refroidissement, l'intensité des douleurs, la haute température avec sueurs abondantes, l'état des urines plus riches en acide urique, le succès du salicylate de soude, la guérison sans reliquats aux lieux touchés, tous ces éléments ne permettent qu'une présomption, non une certitude.

Si le rhumatisme débute par l'endocarde et le péricarde, le syndrome rhumatismal articulaire que je viens d'indiquer peut faire pressentir l'origine réelle des accidents, même dans les cas où le rhumatisme reste strictement rhumatisme cardiaque d'emblée. Le plus souvent, la participation ultérieure des articulations résout le problème que l'on s'était posé en présence d'une endopéricardite aiguë éclatant brusquement chez un jeune sujet, bien portant jusque-là.

Dans quelques circonstances, une endopéricardite, débutant ainsi, et restant ainsi isolée, sera taxée de nature rhumatismale, parce que le malade aura déjà eu, plus ou moins longtemps avant, une attaque complète de rhumatisme articulaire caractéristique. J'ai publié, en 1882, une observation de cet ordre.

L'endocardite aiguë est souvent fonction de rhumatisme aigu, et, quand elle apparaît dans un complexus morbide, ne répondant à aucun syndrome classé, mais où on retrouve la fièvre avec sueurs profuses, la douleur vive calmée facilement par le salicylate de

soude et une évolution rapide, on peut affirmer qu'il s'agit d'une cardiopathie rhumatismale. L'adage *naturam morborum ostendunt curationes* n'est pas absolument compréhensif; l'évolution, elle aussi, détermine la nature de la maladie.

\*:\*

J'ai observé l'an passé, dans mon service, un exemple suggestif de ces rhumatismes aigus aberrants.

Voici cette observation.

X..., âgé de vingt et un ans. Son père est atteint de douleurs à répétition au niveau des membres inférieurs, qui ne l'obligent pas à garder le lit. Lui-même a eu, à l'âge de quatre ans, une maladie grave (†) à la suite de laquelle débutèrent des phénomènes auriculaires qui s'accompagnèrent plus tard d'écoulement de l'oreille droite. Il est sujet aux adénites, et a contracté, à plusieurs reprises, des angines phlegmoneuses. Il présente une déformation strumeuse du nez (aplatissement latéral et déviation de la cloison).

Vers le 9 ou le 10 janvier 1895, l'affection dont il s'agit a débuté par des douleurs siégeant symétriquement de chaque côté de la poitrine. X ne présenta pas de symptômes de grippe, ni céphalalgie, ni courbature généralisée, ni cataracte oculaire, nasal, etc. Bientôt survint de la fièvre, avec sueurs abondantes, et quelques frissons.

Il garda la chambre à partir du 16 janvier. A ce moment, les douleurs intercostales avaient augmenté. L'appétit, qui ne disparaît jamais complètement, était amoindri. Il existait de la constipation. Pas de toux. Pas d'expectoration. On commença à prendre chez lui la température rectale.

Janvier 16.	39°,6.
— 17.	38°,2 39°,5.
— 18.	38°,2 39°.
— 19.	38°. Sueurs très abondantes.

Le 20 Janvier, X... entre dans le service.

X... est abattu et se plaint de douleurs intercostales, continues, sourdes en général, assez comparables à une sensation de poids sur la poitrine, mais par instants avec des paroxysmes assez violents. Elles augmentent vivement lorsque le malade respire à fond. Leur siège correspond exactement aux derniers espaces intercostaux et jusqu'à la ligne médiane.

La langue est blanche, l'appétit médiocre : la constipation persiste.

Pas de toux, pas d'expectoration. L'auscultation des poumons ne révèle rien d'anormal. Le 22 Janvier, on note au cœur, au

niveau de l'orifice aortique, un bruit de souffle râpeux, perçu au premier temps. La température s'est élevée à 40 degrés ; toutefois le malade n'a ni battements de cœur, ni essoufflement. Il se plaint d'insomnie.

On porte le diagnostic de rhumatisme insidieux à forme intercostale, avec complication aortique. On prescrit 4 grammes salicylate de soude, 6 ventouses scarifiées.

Le 26 janvier, sous l'influence du salicylate de soude, la fièvre est tombée progressivement, les douleurs intercostales ont disparu. Le sommeil est moins troublé par les sueurs, devenues de plus en plus rares. L'appétit est un peu revenu, et, progressivement, le malade s'est remis à manger comme à l'ordinaire. Le salicylate de soude a été supprimé la veille. On avait assisté, par l'auscultation, à la transformation du souffle en un bruit superficiel de péricardite localisé au niveau de l'aorte.

Le 26 au soir X... se plaint de nouveau de douleurs intercostales. La température, qui était au matin de 37,6, s'est élevée à 38,3. On prescrit de rechef le salicylate de soude ; le lendemain, la fièvre et les douleurs ont disparu.

La malade a quitté, il y a quelques jours, l'hôpital, guéri de son rhumatisme, mais profondément anémié, présentant encore le même frottement à la base cardiaque.

\*~\*

Ainsi donc voilà un jeune homme qui est pris subitement de fièvre intense avec sueurs abondantes, et de vives douleurs situées très exactement dans les deux derniers espaces intercostaux, sans que l'examen le plus attentif puisse révéler aucune lésion cardiaque, pulmonaire ou pleurale. Quelques jours après, pendant que l'on hésite encore, on constate les indices d'une péricardite qui s'est maintenue depuis. D'ailleurs, le malade n'a accusé à aucun moment la moindre souffrance articulaire. Sous l'influence du salicylate de soude, la fièvre et la douleur ont complètement cessé.

Il ne me semble pas qu'il y ait de doute possible sur l'interprétation des phénomènes. Ils étaient notamment subordonnés à une imprégnation rhumatismale. Mais, quel nom spécial donnera-t-on à cette modalité de rhumatisme aigu ? L'appellera-t-on rhumatisme de l'espace intercostal ou rhumatisme intercostal proprement dit ? Pourquoi pas ?

Dans sa belle étude clinique sur la pleurésie rhumatismale, Lasègue a fait remarquer que la cavité pleurale peut être considérée comme la synoviale de l'articulation du poumon et de la plèvre, articulation dont le tissu fibreux intercostal serait comme le tissu périarticulaire. Dans le rhumatisme articulaire aigu, le rhumatisme commence par le tissu fibreux et se propage ensuite à la syno-

viale ; dans la pleurésie rhumatismale, le processus débute par le tissu fibreux intercostal et se propage ensuite à la plèvre. Et, de même que parfois le rhumatisme articulaire aigu reste limité au tissu fibreux périarticulaire, de même le rhumatisme intercostal peut représenter toute l'attaque rhumatismale, sans la participation de la plèvre. Notre jeune malade aurait donc eu, pour ainsi dire, une pleurésie rhumatismale, sans exsudat aucun sans épanchement.

Au point de vue pathologique, l'espace intercostal peut être envisagé comme un équivalent morbide, l'équivalent d'une enveloppe fibreuse péri-articulaire. La liste des équivalents morbides est longue et très utile à bien connaître : je ne fais que la signaler au passage.

En ce qui concerne particulièrement le rhumatisme articulaire aigu, l'action commence quelquefois non plus par l'arthropathie habituelle, mais par l'un de ces équivalents et par l'un des plus fréquemment observés en pareille circonstance, je veux dire l'angine rhumatismale.

Je vous ai montré plusieurs fois cette angine prodromique avec les caractères décrits par Lasègue, avec la rougeur vive de la muqueuse sans exsudats ni gonflement, avec la douleur exquise du fond de la gorge, douleur exaspérée surtout pendant les mouvements de déglutition.

J'ai observé, il y a plusieurs années, un cas d'angine rhumatismale tenant lieu de tout le processus arthropatique ordinaire et suivie d'endocardite. Je rappelle particulièrement ce fait, parce que j'ai su le dernier mot de l'évolution et vu quel pouvait être l'aboutissant d'une série morbide inaugurée par une angine fugace, sans gravité aucune en elle-même.

Un jeune homme de vingt-six ans, jusque-là bien portant, fut pris subitement, pendant un voyage, d'un très violent mal de gorge qui le fit rentrer à Paris. Je l'examinai le lendemain de son retour : toute la muqueuse de l'isthme du gosier et de l'arrière-bouche présentait une teinte écarlate, mais nul exsudat d'aucune sorte. Nulle trace d'adénite cervicale. La douleur intense s'exagérait encore au moindre mouvement de déglutition ; la fièvre était vive, à 40 degrés, avec sueurs abondantes, d'odeur aigrelette.

La situation ne se modifia pas pendant les trois premiers jours ; le quatrième, l'angine et la fièvre commencèrent à diminuer : au bout de huit jours, il n'en restait plus rien. Toutefois, le jeune homme resta, pendant deux mois environ, affaibli et pâli. On notait dans les vaisseaux du cou un souffle continu anémique très accentué.

Je le revis l'année suivante : il se plaignait de palpitations, de vagues douleurs derrière le sternum. Je constatai un double bruit

de souffle, systolique et diastolique, au niveau de l'orifice aortique et derrière le sternum. Je ne perdis pas de vue le malade. Six ans plus tard, il mourait d'endocardite typhoïde à foyer initial aortique.

L'angine primitive avait peut-être été, après tout, une angine infectieuse quelconque, sans lien avec le rhumatisme. L'on ne pratiquait pas alors l'examen bactériologique de la gorge. Mais la symptomatologie m'avait paru tellement expressive, que je n'avais pas hésité à pas hésité à porter le diagnostic d'angine rhumatismale. La suite m'a paru avoir confirmé ce jugement.



Il faut bien savoir que l'endopéricardite peut suivre les arthropathies rhumatismales les plus superficielles et les plus fugaces. La loi de coïncidence formulée par Bouillaud n'est pas sans exception. Si les arthropathies sont tellement atténuées qu'elles ont été méconnues, si le cœur a cependant été intéressé, il ne s'agit plus alors de rhumatisme cardiaque d'emblée précédant les fluxions articulaires et qu'on peut appeler rhumatisme interverti. Il ne s'agit pas davantage de rhumatisme cardiaque d'emblée, isolé, typique, qui ne saurait être mis en doute, car des observations cliniques indiscutables prouvent que le rhumatisme peut n'atteindre que les seules enveloppes du cœur. C'est là plutôt un faux rhumatisme cardiaque d'emblée, puisque, selon la règle, le cœur n'a pas encore été touché qu'après les articulations ; mais celles-ci si je puis dire ainsi, ont manqué leur entrée en scène.

Quelquefois le trouble articulaire initial effacé est pris pour une simple fatigue, une légère entorse. On sait d'ailleurs que le traumatisme peut provoquer le rhumatisme articulaire aigu.

Le Dr Lepetit rapportait récemment une observation intéressante de rhumatisme post-traumatique.

Un jeune homme de vingt-sept ans avait eu, deux ans auparavant, une attaque de rhumatisme polyarticulaire aigu ; depuis, pas le moindre accident articulaire. En juillet dernier, chute de cheval, luxation du coude gauche qui est réduite sans difficultés. L'accident arrive à midi : le blessé rentre chez lui et se couche. Deux jours après, sans s'être exposé au moindre refroidissement, il présente une poussée de rhumatisme aigu dans les articulations des doigts de la main gauche et du poignet du même côté : gonflement, rougeur, douleur, fièvre ; le lendemain, l'épaule gauche, puis l'épaule droite, se prennent. Cette poussée de rhumatisme, légère, a cédé en quelques jours au salicylate de soude.

Il est à remarquer que le coude gauche, c'est-à-dire l'articulation luxée, n'a pas été atteint par la fluxion rhumatismale, alors

que les deux articulations voisines, le poignet et l'épaule, étaient successivement prises.

C'est là, pour le dire en passant, une exception à la loi du *locus minoris resistentiæ*.

Mais je reviens encore sur un point important. Il faut ne pas oublier que, même si l'arthropathie rhumatismale a été prise pour une simple fatigue, une légère entorse, à cause de la modicité de la fièvre et de la douleur, et aussi parce que cette arthropathie se sera développée après une longue marche, un traumatisme quelconque, on n'en pourra pas moins observer les complications rhumatismales ordinaires.

C'est probablement ainsi que se développent bon nombre d'affections rhumatismales supposées à tort abarticulaires, parce que le véritable point de départ a échappé : par exemple, certaines pleurésies qui ont cependant parfois une symptomatologie nettement significative (intensité, siège intercostal maximum de la douleur exagérée surtout par la pression exercée dans l'espace, épanchement double, évolution très rapide,) et sur lesquelles le salicylate de soude agit d'une façon non moins démonstrative.

Il est probable que, le plus souvent, la note articulaire a précédé, mais n'a pas suffisamment fixé l'attention du malade. D'ailleurs, il n'est pas irrationnel d'admettre que le rhumatisme puisse frapper la plèvre seule. Plusieurs observations prises avec le plus grand soin légitiment cette supposition.

Les arthropathies initiales restées latentes ou mal interprétées peuvent être suivies même de rhumatisme cérébral. J'en ai vu un exemple, en 1883, avec le Dr Goix, qui rapporte le fait dans les Archives générales de médecine.

Le 1er avril 1882, le Dr Goix était appelé à la hâte chez l'un de ses clients. "C'est, dit-il, un homme de 27 ans, de constitution assez robuste, intelligent et actif. Il a toujours joui d'une bonne santé jusqu'il y a une quinzaine de jours. A cette époque, il venait de travailler plus qu'à l'ordinaire pendant une semaine, lorsqu'il eut à faire, pour son commerce huit heures de marche consécutives. Le soir, en rentrant, il se plaignait d'une courbature générale et d'un violent mal de tête. Depuis ce jour il est resté souffrant ; la céphalalgie disparut au bout de deux ou trois jours, mais M. R... conserva des douleurs articulaires légères passant d'une jointure à l'autre, et ne s'accompagnant ni de douleur ni de gonflement. Aussi continua-t-il à se livrer à ses occupations habituelles ; il avait d'ailleurs gardé son appétit ordinaire." Le rhumatisme, on le sait, conserve habituellement l'appétit, même en pleine période fébrile.

Le 1er août, éclataient subitement des accidents nerveux qui altèrent rapidement croissant et s'accompagnèrent bientôt d'hy-

perthermie (40°3 sous l'aisselle). MM. Boix, Créquy et moi, qui vîmes tous trois le malade, n'hésitâmes pas à reconnaître là un rhumatisme cérébral caractérisé par de violentes crises convulsives alternant avec du coma. On ordonna les bains froids à 24 degrés. Trois furent administrés le jour même. Le 2 août, les accidents cérébraux avaient cessé.



Voilà donc un cas de rhumatisme cérébral guéri et guéri par les bains froids ! Vous savez d'ailleurs que la guérison du rhumatisme cérébral est tout à fait exceptionnelle, et qu'on ne l'a guère jamais obtenue que par les bains froids.

De fait, le rhumatisme cérébral est la manifestation la plus rare, la plus insidieuse, la plus grave du rhumatisme aigu. Il peut tuer en moins de temps qu'on ne met à le dire, suivant une expression de Trousseau, révélant le summum de cette modalité de l'infection, que les anciens désignaient sous le nom de malignité et qu'on sait aujourd'hui résulter moins d'une virulence plus grande de l'agent pathogène que d'une moindre résistance préalable de l'organe infecté. Le rhumatisme cérébral est proprement une encéphalopathie.

Nous venons d'en observer dans notre service un exemple absolument saisissant. C'est le seul que j'aie vu depuis 1883.

Madame G..., âgée de 25 ans, modiste, était admise, le 8 juillet 1896, au No 14 de la salle Grisolle.

Dans ses antécédents familiaux je relève que son père est asthmatique et qu'elle a une sœur migraineuse. Elle a eu, dans son enfance, des adénites cervicales suppurées, la rougeole à cinq ans et la scarlatine à onze ans. Cette scarlatine aurait été suivie d'un érysipèle. Pas d'autres maladies et santé bonne jusqu'il y a trois ans.

Elle s'était mariée à vingt ans et avait fait dix mois plus tard une fausse couche de trois mois. Un peu après sa fausse-couche, l'articulation du genou droit était devenue et resta tuméfiée et douloureuse pendant quatre semaines, pendant lesquelles le salicylate de soude fut administré. Il y a cinq mois, la malade fut prise d'accidents de métrite et, depuis ce temps, elle venait se faire soigner à la consultation du Dr Walther à l'hôpital Saint-Antoine.

Six semaines environ avant d'entrer à l'hôpital, elle ressentit des douleurs au niveau de l'articulation tibio-tarsienne gauche, qui présenta bientôt de la tuméfaction avec rougeur de la peau. La fièvre s'alluma. Le lendemain, l'articulation tibio-tarsienne droite était à son tour oedématisée, rouge et douloureuse. Puis les genoux, les poignets, les articulations de l'épaule se prirent successivement à leur tour. Un médecin, appelé diagnostiqua un rhumatisme articulaire aigu, et prescrivit le salicylate de soude.

La malade souffrit bientôt moins, et, quoique très fatiguée, voulut reprendre ses occupations. Huit jours avant l'entrée ici, rechute ; les douleurs s'aggravèrent, les articulations tibio-tarsiennes se tuméfièrent à nouveau. Les hanches devinrent aussi douloureuses. La station debout était impossible. L'admission à l'hôpital eut lieu, ai-je dit, le 7 juillet 1896.

Nous trouvons une femme de petite taille et amaigrie. La plupart des articulations sont tuméfiées, rouges et douloureuses, mais surtout les articulations tibio-tarsiennes et métacarpophalangiennes. L'examen des poumons est négatif.

Les bruits du cœur sont sourds : le bruit systolique de la pointe est prolongé. Pas d'albumine dans l'urine. Le pouls est régulier à 100 pulsations ; la température à 39° S. Anorexie complète. Certain degré de prostration. On prescrit 6 grammes de salicylate de soude en vingt-quatre heures.

Les jours suivants, la douleur diminue un peu, mais la fièvre continue à osciller en 39° 5, et 40°. Cette résistance au salicylate nous étonne. En plus des douleurs articulaires, la malade accuse des douleurs abdominales.

Les urines contiennent de l'albumine et de l'urobiline. Le pouls monte à 120 pulsations. La prostration augmente. Pas de céphalalgie.

Le dimanche 8 juillet, au matin, pour la première fois, la malade fait remarquer que ses douleurs ont rapidement et presque complètement disparu. Cependant elle reste très abattue. Le pouls est encore à 120 pulsations et la température n'a pas diminué.

Les parents, qui n'ont rien remarqué d'insolite, avaient à peine quitté la salle vers trois heures, que la surveillante est frappée par l'agitation de la jeune femme, qui prononce quelques mots sans suite, et se plaint de beaucoup souffrir du ventre, qu'on trouve ballonné. La température est à 40°, S. On hésite sur la cause de l'aggravation : on se demande si on n'est pas en présence de quelque complication abdominale.

La malade tombe dans le coma et meurt à cinq heures. La température, prise moins d'une heure après, est de 43°, 5.

À l'autopsie, pratiquée quarante heures après la mort, les organes sont en état de décomposition assez avancée. Pas de liquide à l'ouverture de l'abdomen. Pas de traces de péritonite. Le foie pèse 1,900 gr., et présente les taches blanches caractéristiques du foie infectieux. La rate est augmentée de volume.

La cavité péricardique renferme une centaine de grammes d'un liquide séreux, faiblement hémorrhagique. Le cœur pèse 350 grammes. Le myocarde, de teinte feuille morte, est remarquable par sa mollesse et sa placidité. Pas de lésions valvulaires. Poumons

très congestionnés. Les reins pèsent 120 grammes et leur substance corticale, un peu décolorée, est augmentée d'épaisseur. L'utérus présente, au niveau du col, les lésions de la métrite graueuse.

On note une congestion énorme des veines et des capillaires encéphaliques.



L'examen anatomo-pathologique fait voir l'ensemble des lésions qui caractérisent, d'une façon générale, le processus infectieux. L'histoire clinique avait déroulé sous nos yeux un spécimen de rhumatisme cérébral avec l'intensité superlative du syndrome : hyperthermie considérable ; ébranlement nerveux profond et prédominant ; début brusque des symptômes et mort rapide ; et jusqu'à cet indice précurseur, éminemment troublant dans son expression trompeuse, je dirai presque ironique, je veux parler de la diminution ou de la disparition des douleurs articulaires signalant le rhumatisme cérébral, suivant la remarque des maîtres cliniciens.

Vous avez vu que quelques instants avant l'encéphalopathie rhumatismale, la jeune femme indiquait, pour la première fois, qu'elle ne souffrait plus. D'ailleurs, l'assourissement de la douleur ne coïncidait pas avec la défervescence de la température, qui, même, continuait à s'élever.

Ce n'était pas le calme, le retour à la santé, mais l'affaissement le prélude du coma, comme si l'activité encéphalique ne pouvait déjà plus percevoir la douleur avant de s'éteindre complètement. Quoi qu'il en soit, il est bien étrange, le sentiment de mieux être, cette hallucination de la guérison qui précède, assez souvent, dans beaucoup de maladies, la dernière heure !

Chez notre pauvre rhumatisante, l'enquête, qui, d'ailleurs, n'avait pu être conduite bien loin, ne nous avait permis de reconnaître aucune de ces tares nerveuses, aucun de ces surmenages qui préparent ordinairement le rhumatisme cérébral. L'asthme du père et la migraine de la sœur indiquaient-elles une hérédité neuro-arthritique accusée ? Verra-t-on une explication dans les fatigues subies par la malade, qui, souffrant déjà depuis longtemps de métrite, avait d'abord incomplètement soigné son rhumatisme, et avait repris son travail dès qu'elle avait moins souffert ?



Pour en revenir à la discordance qu'on peut constater entre le degré de souffrance articulaire et de complications cardiaques, je résumerai deux cas de lésions cardiaques sérieuses qui avaient été certainement provoquées par un léger malaise articulaire jugé absolument insignifiant. L'un de mes amis me raconte, en revenant de vacances, que son fils, enfant de douze ans, avait ressenti, après une

séance assez prolongée d'escarpolette, des douleurs assez vives, surtout dans les genoux et les cous-de-pied, et qui durèrent quelques jours. On avait supposé qu'il avait dû se faire un certain degré d'entorse pendant les mouvements pour descendre de la balançoire. L'enfant était resté au lit et on avait appliqué sur les jointures des compresses imbibées d'eau blanche. Il avait remarqué que, depuis, il s'essouffait facilement à la moindre fatigue. Je constatai, à l'auscultation, un double bruit de souffle aortique.

Récemment, l'un de nos confrères me conduisait son fils à ma consultation.

Quelques mois auparavant, ce jeune homme, âgé de quatorze ans, et élève interne dans un collège de province, accusa des douleurs diffuses dans les bras et dans les jambes, sans autre malaise important. On y vit une simple courbature due aux jeux de la récréation et on fit prendre des bains sulfureux à l'écolier, qui ne garda pas le lit. Cependant il ne tarda pas à se sentir tout affaibli ; il montait péniblement les escaliers et plusieurs fois, pendant qu'il se baissait, il eut une syncope. Notre confrère, prévenu, vint voir son fils, fut frappé de suite de sa pâleur et constata, à l'auscultation de la pointe du cœur, un bruit de souffle râpeux systolique et présystolique.

\*:\*:

On le voit, ces formes de rhumatisme, insidieuses soit par l'extrême bénignité des premières manifestations, soit par le siège insolite du mal, soit par dissociation et inversion des symptômes, n'en ont pas moins parfois leur gravité ultérieure.

Il y a plus ; le rhumatisme méconnu est des plus dangereux. On peut généraliser et dire : toute infection méconnue est particulièrement menaçante. Car rien n'est fait à temps, dès le début, pour l'enrayer, si l'infection est justiciable d'une médication spécifique.

Retenez bien que l'agent d'infection met assez souvent un certain temps à réaliser son pouvoir pathogène, et qu'il est, en certains cas, possible par des moyens appropriés, de l'atténuer, ou même de l'annihiler. Il y a là une question capitale d'opportunité thérapeutique.

Que de lésions parachevées, permanentes, indélébiles, ont dû avoir de ces débuts ignorés où le mouvement morbide aurait pu être orienté plus favorablement suspendu ou prévenu !

Il importe surtout, en clinique, de bien interpréter les syndromes qui servent de premier chaînon à une évolution pathologique. Car, dans les maladies à début resté obscur, la thérapeutique est forcément une thérapeutique à côté, tronquée et aléatoire. Voilà pourquoi j'ai insisté devant vous sur les anomalies, signalées plus haut, du rhumatisme aigu.

# THEPAPÉUTIQUE

## DIARRHÉE

PAR LE DOCTEUR G. LEMOINE

La diarrhée est un symptôme qui appartient à un grand nombre de maladies. Son traitement varie, par suite, selon les cas, et il ne pourrait être question d'exposer ici l'étude clinique et pathogénique des diarrhées. On se contentera d'indiquer le régime hygiénique qui est presque toujours le même, quelle que soit la forme de la diarrhée, et d'indiquer le traitement de ses principales variétés.

TRAITEMENT HYGIÉNIQUE.—*Régime alimentaire.*—Beaucoup de diarrhées reconnaissent pour cause une alimentation vicieuse et disparaissent quand on la modifie. C'est ainsi que les personnes qui abusent des fruits, des légumes verts aqueux, des potages aux herbes, des viandes faisandées, etc., ont souvent une diarrhée qui est d'autant plus rebelle que leur cause persiste. D'autres mangent trop et ont de la diarrhée par indigestion ; d'autres ont un régime, bon en apparence, mais qui ne leur convient pas parce qu'elles sont arthritiques. Le devoir du médecin est de toujours étudier avec soin l'alimentation de ce genre de malades, car il peut y trouver d'utiles indications thérapeutiques.

Il faut donner une alimentation qui soit nourrissante sous un faible volume et qui contienne peu de cellulose, par conséquent peu de végétaux, pas de choux, choux-fleurs, épinards, oseille, salades, etc., et peu de féculents, pommes de terre, haricots ; mieux vaut recourir aux aliments qui ont des propriétés astringentes, comme le riz. On nourrira le malade avec de la viande, du lait, des œufs, des pâtes alimentaires.

Tout malade qui a de la diarrhée doit être soumis à une diète relative, et il ne faut guère lui permettre que les aliments que nous venons de citer. Il est également nécessaire de lui interdire les boissons abondantes et les potages au bouillon gras, qui sont souvent laxatifs à cause de la graisse qu'ils contiennent. Cette diminution de l'eau ingérée est très facilement supportée, quand la diarrhée est faible et passagère, mais il n'en est plus de même quand la diarrhée est profuse ; la soif devient alors intolérable et il faut la calmer. Il faut choisir des boissons peu laxatives, j'ai recours en pareil cas à l'eau de riz et à l'eau albumineuse, qui possèdent des propriétés astringentes. La *tisane de riz* se fera au moyen d'une décoction de 40 gr. de riz dans un litre d'eau, que l'on aromatise au gré du malade.

L'eau albumineuse se prépare en battant trois ou quatre blancs d'œufs dans un litre d'eau aromatisé.

*Diète lactée.* — *Viande crue.* — La diarrhée est-elle chronique et l'intestin ne peut-il plus remplir ses fonctions digestives, il est

nécessaire d'instituer un régime qui se compose à peu près exclusivement de lait et de viande crue, auxquels on peut ajouter quelques œufs et de la gelée de coings. Le lait sera pris en abondance mais toujours par petites quantités à la fois. La viande crue sera hachée ou râpée, et prise soit dans du bouillon soit dans de la confiture, soit encore en boulettes roulées dans du pain azyrne.

*Action du froid.*—Bien des diarrhées, surtout chez les arthritiques, sont dues exclusivement à l'action du froid humide ; elle sont également fréquentes en été quand le sujet en sueur ressent brusquement l'impression du froid. Le froid nocturne parfois à peine perçu, est également nuisible. De là l'indication de couvrir chaudement le ventre des personnes qui sont sujettes à la diarrhée et de porter une ceinture de flanelle nuit et jour. Quand un malade présente une diarrhée quelconque, il faut entourer l'abdomen de flanelle, de linges chauds ou de ouate, selon les cas.

**TRAITEMENT PHARMACEUTIQUE.**—Il existe des traitements traditionnels de la diarrhée, que l'on emploie souvent avec d'excellents résultats dans les cas bénins, nous en dirons rapidement quelques mots.

1o. *Poudres inertes.*—Elles agissent mécaniquement en absorbant les liquides sécrétés en surabondance par l'intestin et en rendant ainsi les matières plus solides. Peut-être aussi gênent-elles le développement des colonies microbiennes en formant comme un vernis à la surface de l'intestin.

Elles agissent assez bien, mais elles ont à mon sens un inconvénient, c'est de former dans l'intestin des bouchons pâteux qui produisent souvent des malaises ou des douleurs sourdes et parfois une constipation opiniâtre après la diarrhée.

Je proseris complètement pour en avoir constaté les inconvénients, les poudres inertes donnés à haute dose : craie, talc, bismuth.

Je préfère donner des poudres antiseptiques, qui agissent mieux à plus faible dose et ne présentent pas l'inconvénient de provoquer de véritables obstructions.

2o. *Poudres antiseptiques.*—Elles sont employées toutes les fois que l'élément infectieux paraît jouer un certain rôle dans la pathogénie de la diarrhée ; elle servent à diminuer celle-ci et à empêcher les auto-intoxications. Leur rôle et leur mode d'emploi a déjà été indiqué à propos du traitement de la fièvre typhoïde. On donne la préférence aux antiseptiques insolubles ou peu solubles.

*Salicylate de bismuth* ; ses qualités antiseptiques le font préférer au sous-nitrate ; il se dédouble en partie en acide salicylique et en oxyde de bismuth. On le donne à la dose de 2 à 6 grammes par jour.

Le *Naphтол* et le *Benzonaphтол* ont des propriétés antiseptiques identiques ; le premier est plus actif que le second, mais il est plus irritant. Ils sont très peu solubles et arrivent presque en nature dans l'intestin.

Le *Benzonaphтол*, n'irritant pas l'estomac et donnant par sa décomposition de l'acide benzoïque facilement éliminé par les reins, est un médicament de choix dans le traitement des maladies infectieuses ; on le donne à la dose de 2 à 6 grammes par jour.

Le *Satol* présente l'inconvénient d'être plus facilement attaqué

que les précédents par les liquides de l'estomac ; c'est plutôt un médicament à employer dans les affections rénales.

Le *Charbon* n'est pas un antiseptique ; c'est un simple désodorisant qui doit être rejeté, car il encombre trop l'intestin.

Ces divers produits peuvent être employés isolément ou associés entre eux ou à d'autres produits :

Cachets :

Salicylate de bismuth.....	0 gr. 60
Benzonaphtol .....	0 — 40
Pour un cachet. — Cinq par jour.	

Salicylate de bismuth.....	0 gr. 50
Poudre d'opium brut.....	0 — 02
Cinq à six cachets par jour.	

Il ne faut pas oublier que les doses fractionnées et souvent répétées agissent mieux que les doses massives dans le traitement de la diarrhée.

Cachets :

Benzonaphtol.....	0 gr. 50
Poudre d'amis.....	0 — 25
Laudanum.....	11 gouttes.
Quatre à cinq cachets par jour.	

Ces préparations peuvent être variées selon les indications fournies par l'état du malade.

3. *Poudres astringentes.*—Elles agissent en diminuant les sécrétions de l'intestin et peut-être aussi comme antiseptiques. Le *Tannin* est le meilleur d'entre elles ; il trouve surtout ses indications dans la diarrhée des tuberculeux. Le *ratanhia* doit ses propriétés surtout au tannin qu'il renferme, ainsi que le cachou. On les donne en poudre, en lavements, en potions :

Cachets :

Tannin.....	0 gr. 30
Benzonapto <sup>1</sup> .....	0 — 50
Cinq cachets par jour.	

Tannin.....	0 gr. 25
Poudre de ratanhia .....	0 — 50
Poudre d'opium brut.....	0 — 02
Cinq cachets par jour.	

En *lavements*, on préfère le *ratanhia*.

Racine de Ratanhia.....	5 gr.
Eau.....	500 —

Faire bouillir une demi-heure et ajouter :

Laudanum.....	X gouttes.
---------------	------------

On le donne également en potion, mais il est un peu irritant pour l'estomac.

Potion :

Extrait de ratanhia.....	5 gr.
Salicylate de bismuth.....	2 —

Sirop diacode.....	30 —
Sirop de gomme.....	30 —
Hydrolat de mélisse.....	60 —
Par cuillerées à bouche d'heure en heure.	

*Opium* :—Dans bien des cas, c'est le meilleur médicament à opposer à la diarrhée ; il diminue les douleurs que produisent les coliques, la sécrétion intestinale et les contractions des muscles de l'intestin. Il est souverain dans toutes les diarrhées d'origine nerveuse.

On le donne sous ses diverses formes : poudre d'opium brut, 0,05 à 0,12 ; diascordium, 3 à 6 grammes ; laudanum, X à XXXV gouttes ; extrait d'opium, 0,05 à 0,10 ; élixir parégorique, 5 à 15 grammes, etc.

DIARRHÉES QU'IL NE FAUT PAS SUPPRIMER.—Quand l'intestin devient une voie d'élimination pour des produits qui ne passent plus par leur émonctoires ordinaires, ou quand la diarrhée crée un véritable mouvement dérivatif, il ne faut pas arrêter le flux intestinal. On ne doit donc pas toucher à la diarrhée des urémiques ; et on ne doit que diminuer, sans les arrêter brusquement, les diarrhées de la fièvre typhoïde et de la tuberculose.

DIARRHÉE PAR INDIGESTION.—Elle est produite principalement par l'irritation que fait subir aux voies digestives la présence d'une trop grande quantité de matières alimentaires mal digérées. Deux choses sont à faire :

1o Donner un purgatif abondant, de préférence un purgatif salin, et faire ingérer à sa suite un demi-litre au moins d'une infusion légère de thé ou de tilleul, de façon à expulser tout ce qui encombre l'intestin ;

2o Mettre le malade à la diète pendant 24 ou 48 heures et ne lui laisser prendre que du lait et des œufs.

Si l'indigestion est le résultat de l'absorption d'aliments de mauvaise qualité, faire prendre le lendemain de la purgation quelques cachets de poudres antiseptiques.

Chez les enfants, il est souvent préférable de recourir à l'ipéca plutôt qu'à un simple purgatif.

DIARRHÉE MATINALE.—Elle est fréquente chez les névropathes hyperchlorhydriques, et se caractérise par plusieurs selles qui surviennent le matin entre 4 et 10 heures, et ne se reproduisent plus pendant le reste de la journée. On conseillera à ces malades de se couvrir chaudement l'abdomen pendant la nuit, de ne pas trop manger, et de prendre le soir de la viande rôtie ou grillée plutôt que des légumes.

En outre on leur fera prendre le soir vers six heures, avant de souper, un paquet de 2 à 4 gr. de bicarbonate de soude, s'il existe des signes de dyspepsie hyperchlorhydrique, et le soir en se couchant du phosphate de chaux gélatineux en suspension dans du lait (10 gr.) ou dans un sirop, dont on donnera un verre à Bordeaux.

Phosphate de chaux gélatineux.....	100 gr
Sirop simple.....	.900—
Alcoolat de citron.....	5—

(Dujardin-Beaumetz).

Souvent il sera utile d'associer à cette médication soit de l'opium, soit un antiseptique.

**DIARRHÉE CONSÉCUTIVE AUX REPAS.**—C'est encore une diarrhée ds neurasthénique et elle accompagne souvent la dilatation de l'estomac avec hyperchlorhydrie. Une demi-heure ou une heure après les repas, surtout après celui du midi, il se produit une ou plusieurs selles diarrhéiques.

Si la dilatation stomacale ou l'hyperchlorhydrie sont nettes, instituer le traitement spécial.

Mais en outre il faut recommander au malade de garder le repos le plus complet possible, pendant une heure après le repas, et de prendre dès qu'il a mangé, deux ou trois gouttes noires anglaises dans un peu d'eau ou sur un morceau de sucre.

**DIARRHÉES NERVEUSES ÉMOTIVES, TABÉTIQUEL, etc.**—Sous l'influence d'une émotion plus ou moins vive, beaucoup de personnes ont une diarrhée presque immédiate ; d'autres ont peur d'avoir de la diarrhée dès qu'elles sortent de chez elles, c'est là un trouble psychique d'ordre neurasthénique. Contre ces malaises il faut employer la suggestion que j'ai vue fort bien réussir dans beaucoup de circonstances ; Il suffit parfois de donner un flacon contenant un liquide coloré quelconque, et de lui persuader qu'il lui suffirait d'en prendre quelques gouttes pour arrêter sa diarrhée. Comme autres moyens j'emploi l'opium et le phosphate de chaux gélatineux. La franklinisation électrique réussit fort bien ici.

La *diarrhée tabétique* caractérisée par des besoins impérieux et souvent répétés, est à peu près impossible à vaincre ; elle relève du traitement général de l'ataxie locomotrice.

L'alimentation joue souvent un rôle dans la production de ces diarrhées nerveuses, il faut la surveiller avec soin.

**DIARRHÉE ARTHRITIQUE.**—Elle est caractérisée par un flux intestinal abondant qui provoque plusieurs selles successives et disparaît en quelques heures. On l'observe chez les arthritiques, et elle paraît due à une congestion subite de l'intestin, suivie d'une forte transsudation sérieuse. L'impression du froid humide me paraît tenir une grande place dans son étiologie ; on la voit aussi succéder à la disparition d'un accident arthritique quelconque.

Les sujets qui y sont prédisposés devront porter une ceinture de flanelle jour et nuit surtout l'été, de temps en temps suivre un traitement anti-arthritique avec des alcalins et de l'iodure de potassium. Quand la diarrhée se montre, le laudanum en a rapidement raison.

**DIARRHÉES INFECTIEUSES.**—Ce sont celles qui accompagnent les maladies générales infectieuses, telles que la fièvre typhoïde et la tuberculose. Mais en dehors de celles-là il en existe beaucoup chez l'adulte qui reconnaissent comme cause une infection locale portant sur l'intestin. En pareil cas, il est bon de commencer le traitement en donnant du calomel, 0 gr. 20 à 0 gr. 50, en une fois, dans le but de débarrasser l'intestin et d'arrêter les pullulations microbiennes ; cela fait on aura recours aux antiseptiques insolubles, salicylate de bismuth, benzonaphtol, etc.

**DIARRHÉES INFANTILES.**—Leur gravité est extrême, aussi la

mortalité des enfants par cette cause est-elle énorme ; elle tend cependant à diminuer depuis l'emploi de méthodes rationnelles. Tout récemment MM. Hayem et Lesage ont indiqué d'une façon très précise la ligne de conduite à suivre.

*Alimentation.* — Dans toute diarrhée, qu'elle soit infectieuse ou non, la première indication est de seumettre l'enfant exclusivement au lait et même à une diète plus ou moins complète de cet aliment. C'ese en continuant à alimenter l'enfant que sa diarrhée peut devenir grave.

S'il est au biberon, on lui donnera une nourrice ou bien on le nourrira au moyen de lait stérélisé. Cette pratique heureusement se répand de plus en plus et remplacera partout, espérons-le, le biberon à tube et le lait naturel qui sont cause de la mort de tant d'enfants.

De toutes façon, les tétées seront espacées, diminuées en nombre et en durée, et si l'on se sert du lait stérélisé, on le compera fortement d'eau de Vals ou de Vichy et on en donnera la moitié ou les deux tiers en moins de la quantité habituelle.

Si la diarrhée est profuse, ou verte, grave par conséquent, il vaut même mieux mettre l'enfant à la *diète aqueuse*. On supprime tout à fait le lait et on le remplace par de l'eau albumineuse. qu'on fait prendre par cuillerées tous les quarts d'heure, et par du cognac. Cette diète est admirablement supportée, l'enfant maigrit à peine et la diarrhée grâce à elle guérit beaucoup plus vite ; mais on a souvent fort à faire pour la faire accepter des parents. On donnera, selon l'âge de l'enfant de 20 à 40 gr. de cognac ou de rhum par jour.

On recommande beaucoup aujourd'hui de faire débiter le traitement d'une diarrhée infantile par le *lavage de l'estomac*, dans le but d'évacuer les produits infectieux et toxiques qu'il renferme. Plus l'enfant est jeune, plus l'opération est facile.

Après avoir mis un bouchon entre les dents ou les gencives de l'enfant, on introduit dans l'estomac une sonde uréthrale en caoutchouc rouge d'un calibre proportionné à l'âge de l'enfant, munie d'un entonnoir, et assez longue pour que le siphon puisse s'établir facilement. Cette introduction ne présente, en général, aucune difficulté. Dès que la sonde est entrée on vide lentement dans l'entonnoir un ou deux verres d'eau bouillie, que l'on fait ressortir de suite. Si elle ressort sale, si le contenu de l'estomac est fétide, on recommence le lavage deux ou trois fois, puis on donne, de suite après, une première prise de calomel à faible dose (0,01 à 0,03 centigr.) suivie d'une seconde à une heure d'intervalle.

L'eau albumineuse et le grog sont donnés ensuite tous les quarts d'heure. Souvent un seul lavage suffit pour amener la guérison ; l'enfant s'endort, la diarrhée diminue, le météorisme cesse, les urines reparassent. Cette médication, préconisée aujourd'hui par la plupart des médecins des hôpitaux d'enfants, donne des résultats remarquables.

1o *Gastro entérite alimentaire ou infectieuse.*—Quelle que soit la forme de diarrhée à laquelle on ait affaire, il faut commencer par lui appliquer l'hygiène alimentaire, le lavage de l'estomac ou tout au moins la diète hydrique ; mais il existe d'autres médications qui varient suivant la forme de la diarrhée.

Quand la *diarrhée est jaunâtre* et contient des grumeaux de lait,

un purgatif est tout indiqué ; on peut donner soit de l'huile de ricin, à la dose de 1 gr. avant l'âge de 6 mois, et de 3 gr. avant 2 ans, ou encore le mélange suivant, dans un peu d'eau sucrée, selon l'âge de l'enfant.

Bicarbonate de soude.... de 0 gr. 50 à 1 gr. 50  
Magnésie blanche..... de 1— à 3—  
(Cadet de Gassicourt).

Le purgatif peut être répété pendant deux ou trois jours de suite.

Quand la diarrhée prend nettement le type *infectieux*, ce qui se reconnaît à la fétidité des selles et à la dépression de l'état général il devient indispensable de faire le lavage de l'estomac, puis de donner du calomel. Mais, cela se fait, si la diarrhée ne cède pas, il faut pratiquer l'antisepsie de l'intestin avec de l'*acide lactique*, qui est le médicament de choix contre les diarrhées infectieuses de la première enfance (Hayem).

Potion :

Acide lactique..... 2 gr.  
Eau distillée..... 85 —  
Sirop de sucre..... 15 —

On fait prendre à l'enfant une cuillerée à café de cette potion, tous les quarts d'heure, les demi-heures ou les heures, selon la gravité de sa diarrhée.

L'acide chlorhydrique, souvent essayé dans les mêmes conditions, ne paraît pas aussi actif que l'acide lactique ; cependant il est utile quand la diarrhée est précédée de dyspepsie.

Acide chlorhydrique dilué..... VIII gouttes.  
Eau sucrée..... 60 gr.

À prendre par cuillerées à café.

À ces acides, qui modifient puissamment la diarrhée, il faut ajouter les antiseptiques intestinaux et, parmi eux, on choisira le *benzonnaphтол* comme étant le moins irritant. On le fera prendre en suspension dans du lait, à la dose de 0,50 à 2 gr. par jour, selon l'âge de l'enfant, mais par prises fractionnées. Il est complètement insipide, ce qui facilite son emploi.

Dans bien des cas, on sera encore forcé de recourir aux opiacés, mais il faudra alors se rappeler que l'opium est toxique pour les enfants, à très faible dose. On emploiera soit le laudanum à la dose d'une demi-goutte à une goutte, soit l'élixir parégorique, plus maniable, à la dose de V gouttes dans la première année et de X gouttes dans la seconde. (J. Simon.) Ne pas les donner au moment des tétés. Hensch associe le laudanum à l'acide chlorhydrique.

Acide chlorhydrique dilué..... II gouttes.  
Laudanum..... Demi goutte à une goutte.  
Eau sucrée..... Une cuillerée à soupe.

À donner en une fois.

*Pour combattre la dépression.*—Il faut recourir à l'alcool, à l'éther et aux bains sinapisés. Comme alcool, ce qui est préférable, c'est l'eau-de-vie de cognac, le rhum et le vin. Avant un an, il ne faut pas dépasser la dose de 15 à 20 gr. de cognac, aussi est-il bon de

peser la quantité nécessaire et de la faire prendre ensuite par cuillerées à café dans les boissons de l'enfant, lait, eau albumineuse. Parmi les vins, il faut préférer ceux qui sont très alcoolisés, Porto, Xérés, Malaga, Banyuls.

Les injections d'éther peuvent être faites hardiment quand le collapsus est menaçant ; on peut en donner 4 à 6, d'une demi-seringue de Pravaz chacune, en 24 heures.

Les bains sinapisés sont encore préférables, ils stimulent l'enfant et font à la peau un appel sanguin qui agit favorablement sur la diarrhée.

*Lavements.*—Ils ne servent à quelque chose que s'ils sont donnés sous forme de *douches rectales*, et de façon à laver le gros intestin ; ils sont le complément utile des lavages de l'estomac. On introduit pour cela une sonde œsophagienne dans le rectum et on injecte 200 gr. de liquide (eau bouillie boricuée à 2 0/0,) quand l'enfant pèse moins de 3 kilog. et de 600 gr. à 800 gr. quand l'enfant pèse d'avantage, mais toujours proportionnellement à son poids. Le lavage doit être fait à faible pression, il suffit d'élever le vase, qui contient le liquide, de 12 ou 20 centimètres.

Lorsque la diarrhée persiste malgré tout, je me suis presque toujours bien trouvé des *lavements d'ipéca*. On fait une décoction de 5 gr. de racines d'ipéca concassée, dans 100 grammes d'eau et l'on fait bouillir jusqu'à réduction à 50 grammes. Les mêmes racines une fois retirées de l'eau servent à faire dans 100 gr. d'eau une seconde décoction que l'on réduit encore à 50 grammes. On mélange ensuite les deux décoctions et on les divise en lavements de 50 grammes que l'on administre le même jour à 8 heures d'intervalle.

*2o Diarrhée verte.*—*Choléra infantile.*—Ce sont des diarrhées très infectieuses qui atteignent les enfants seulement pendant les deux premières années de leur vie. Le traitement antiseptique est celui qui leur convient le mieux avec la diète hydrique et des lavages de l'estomac et de l'intestin. On réglera donc ainsi leur traitement :

- 1o Plus de lait, mais de l'eau albumineuse en abondance ;
- 2o De l'alcool, cognac, grog, etc. ;
- 3o Lavage de l'estomac suivi d'une prise de calomel ;
- 4o Lavage de l'intestin ;
- 5o Potion à l'acide lactique ;

Cette dernière potion sera donnée largement par cuillerées à café tous les quarts d'heure. On se servira de la formule de Hayem qui vient d'être indiquée. Les opiacés et les astringents ne donnent guère de résultats ; les lavements avec de l'ipéca donnés au début de la maladie réussissent plus souvent.

## OCCASION

PIAÉTON DE MÉDECIN—En très bon état, essieux patentés, soufflet en cuir anglais, bourrure nouvelle couverte en cuir anglais, à vendre à des conditions exceptionnelles de bon marché. S'adresser à M. Trudeau, carrossier, Nos 132 et 134 rue Visitation, Montréal.

# REVUE DU MOIS.

---

Le Dr. Gillette dit que dans l'épistaxis, une injection de protoxide d'hydrogène dans la cavité nasale, arrête l'hémorrhagie instantanément.

Le végétal le plus extraordinaire du monde est la truffe. Elle n'a ni racine, ni tige, ni graines, ni feuilles, ni fleurs.

Le Dr. Nicholas Genn a acheté l'énorme bibliothèque de feu le Dr. Du Bois Reymond de Berlin, et en a fait cadeau à la Newberry Library de Chicago.

Le Cactus est le roi des médicaments cardiaques quand le cœur est faible et les vaisseaux athéromateux. On peut le prescrire avec avantage dans ces cas, alors que les toniques cardiaques, tels que la digitale et le strophanthus sont contre-indiqués.

Le meilleur moyen d'obtenir l'anesthésie locale est d'appliquer sur la peau une solution à partie égale de guaiacol et de glycérine, que l'on recouvre d'une compresse imperméable, pour empêcher l'évaporation.

On peut réduire le volume d'un corps étranger végétal introduit dans le canal auditif, en instillant dans ce conduit quelques gouttes de glycérine et d'alcool, quelques instants avant d'en faire l'extraction.

Le goût du gaiacol est perçu par le patient quelques minutes après une injection hypodermique.

1-200 de grain d'aconitine toutes les deux heures. soulage rapidement les cas les plus obstinés de Tic douloureux.

L'application locale du chlorure d'Ethyle, au moyen du vaporisateur arrête l'hémorrhagie causée par l'extraction d'une dent.

Pour empêcher les mouches de détériorer les cadres ou gravures, on les lave avec de l'eau dans laquelle on a fait infuser des oignons. Les mouches n'en approchent plus.