

DIGITHÈQUE

Université libre de Bruxelles

ROMMELAERE Willem, *Clinique médicale à l'hôpital St-Pierre : notes recueillies par les élèves du service*, vol. III, Bruxelles : F. Hayez, 1889-1890.

Cette œuvre littéraire appartient au domaine public.

Elle a été numérisée par les Archives & Bibliothèques de l'Université libre de Bruxelles.

Les règles d'utilisation des copies numériques des oeuvres sont visibles sur la dernière page de ce document.

L'ensemble des documents numérisés par les Archives & Bibliothèques de l'ULB sont accessibles à partir du site <http://digitheque.ulb.ac.be/>

Accessible à : http://digistore.bib.ulb.ac.be/2015/noncat000052_003_f.pdf

CLINIQUE MÉDICALE
à l'hôpital St-Pierre.

NOTES

RECUEILLIES PAR LES ÉLÈVES DU SERVICE.

III

1889 — 1890.

BRUXELLES,

F. HAYEZ, IMPRIMEUR DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE,
Rue de Louvain, 442.

1891

OBSERVATION XXXVIII.

Arrêt de la période par suite d'émotion.
— *Congestion utérine.* — Guérison.

(Observation recueillie par M. Armand Depermentier, externe du service.)

La nommée Nathalie L., épouse Isidore S., âgée de 20 ans, lingère, constitution bonne, tempérament sanguin, entre à l'hôpital St-Pierre (salle 37, lit 8) le 1^{er} mai 1889.

Trois enfants. — Pas d'antécédents morbides.

Est réglée depuis le 26 avril. Le 27 a eu une impression vive par suite d'effroi et la période s'est arrêtée. A ressenti des douleurs dans le ventre qui s'est ballonné; fatigue rénale; pertes blanches.

EXAMEN A L'ENTRÉE. — La malade est incapable de bouger pas suite de gonflement et de douleur dans le bas ventre. Pas de fièvre : température à 37°2.

Le ventre est ballonné et très sensible à la pression; la matrice est engorgée et dépasse le rebord du pubis. Pas d'engorgement apparent des ovaires dont il est difficile d'examiner l'état précis par suite des douleurs que la pression réveille. — Pertes blanches très abondantes.

DIAGNOSTIC SYMPTOMATIQUE. — Suppression brusque de la période par émotion.

DIAGNOSTIC ANATOMIQUE. — Congestion utérine avec arrêt de la période menstruelle.

TRAITEMENT :

R. Liq. anod. Hoffman. 1 gramme,
Laud. liq. Sydenh. 2 grammes,
Aq. com. dist. 200 grammes.
— Diète simple.

Processus. — Sous l'influence du repos au lit, d'un régime modéré et de la potion antispasmodique, la congestion utérine s'est rapidement améliorée. Il y a eu des pertes blanches très abondantes, mais la cause congestive qui présidait à cette leucorrhée ne comportait pas de traitement spécial.

Il n'y a pas eu de fièvre dans le cours du processus réparateur qui s'est accompli à l'hôpital.

La malade est sortie guérie le 11 mai 1889.

RÉFLEXIONS :

1. Les troubles que la fonction utérine présentent sont de plusieurs ordres :

1. Hémorragie.
2. Aménorrhée.
3. Dysménorrhée.
4. Arrêt de la période.

Pour bien apprécier la portée de ces troubles, il y a lieu de se reporter à l'état physiologique.

2. A l'état normal, la matrice est hyperhémisée dans deux cas :

1. Période.
2. Grossesse.

Le facteur essentiel et exclusif que l'on rencontre alors est l'hyperhémie sans congestion.

3. La congestion est un état morbide. Elle comprend, il est vrai, de l'hyperhémie dans sa constitution; mais elle comprend encore autre chose.

3. Distinction entre l'hyperhémie et la congestion. — L'hyperhémie est caractérisée essentiellement par une distribution plus abondante de sang dans une partie du corps *sans état morbide*.

Elle reconnaît pour facteur essentiel une modification du système vasomoteur. Suivant que ce dernier est excité ou affaibli, on aura la pâleur ou la rougeur, l'hyperhémie ou l'anémie.

Une émotion vive provoque l'hyperhémie des joues; le travail de la dentition ou l'irritation de la surface intestinale provoque l'hyperhémie du lobule d'une oreille; l'ingestion d'une grande quantité de liquide provoque l'hyperhémie de la rate, etc.

La congestion comporte aussi une augmentation dans la masse du sang de l'organe; mais en même temps, il y a modification du système nerveux, du sang et des éléments cellulaires.

4. Il n'y a pas de congestion utérine pendant la période; quand il s'en produit, on entre dans le domaine pathologique. On observe alors la métrorragie ou l'aménorrhée avec ou sans dysménorrhée ou l'arrêt de la période.

Clinique du 15 avril 1890.

(Leçon recueillie par M^r VALÈRE BEAUMEZ, interne du service.)

SOMMAIRE.

N^o 46 : Des pneumonies. — Pneumonie croupale simple. — Convalescence au huitième jour. N^o 47 : Pneumonie aiguë. — Un cas de fièvre typhoïde au début. N^o 48 : Convalescence de fièvre typhoïde. N^o 49 : Cancer.

N^o 46.

Des pneumonies. — Pneumonie croupale ou fibrineuse simple. — Convalescence au huitième jour.

1. Nous avons eu l'occasion d'insister à plusieurs reprises sur l'évolution variable que présente la pneumonie chez divers sujets. Nous avons eu surtout cette occasion dans le cours de l'épidémie d'influenza de janvier 1890. Nous vous avons rappelé que la pneumonie, une au point de vue anatomo-pathologique dans les divers stades décrits, présente des caractères essentiellement variables à l'observation médicale.

2. Nous en avons eu une nouvelle preuve chez les deux malades que nous avons ici sous les yeux.

Le premier est un boulanger âgé de 20 ans, constitution faible, tempérament lymphatico-nerveux; il a été atteint de la forme habituelle de la pneumonie croupale ou fibrineuse, mais avec des symptômes des plus accentués; la température a atteint 41°. Au huitième jour de la maladie, elle s'est abaissée, non pas graduellement, mais brusquement, de 39°,6 à 37°,8 et depuis lors elle n'a plus dépassé 38°. L'état général du sujet est excellent; il est en convalescence. A l'auscultation on entend encore des râles sous-crépitaux, dernières traces du processus inflammatoire pulmonaire en voie de régression.

Nous avons donné :

R. Tart. emetic. 5 centigrammes,
Extract. thébaïc. 5 centigrammes,
Mucil. gum. arab. 200 grammes,

par cuiller à soupe toutes les deux heures.

Le régime a été la diète à la période aiguë ; du bouillon et du laitage à la chute de la température et actuellement il prend 100 grammes de viande, du pain et des légumes.

Dans deux ou trois jours nous lui donnerons une décoction de quinquina.

N° 47.

Pneumonie aiguë dans un cas de fièvre typhoïde au début.

Le deuxième malade qui occupe le lit 3 de la même salle se présente dans des conditions toutes différentes. C'est Joseph V....., âgé de 30 ans, batelier, constitution vigoureuse, tempérament sanguin. Il est entré à l'hôpital pour une pneumonie aiguë présentant les caractères connus ; la température a suivi la marche habituelle, mais elle s'est maintenue à un niveau très élevé de 40° à 41° malgré la résolution du travail inflammatoire pulmonaire.

Cette particularité est due à ce que le sujet a été atteint en même temps de fièvre typhoïde. C'est un exemple de *pneumonie dans un cas de fièvre typhoïde*, bien distinct des cas que l'on désigne sous le nom de *pneumonie typhoïde*.

N° 48.

Convalescence de fièvre typhoïde.

1. Le malade est actuellement à la période de convalescence de la fièvre typhoïde; le processus actif est terminé, les follicules intestinaux ont éclaté et le fond des ulcères commence le travail de réparation. C'est une période des plus dangereuses de la maladie à cause des précautions que le régime exige pour prévenir des accidents inflammatoires intestinaux.

Le malade en est à la période d'autophagie de la fièvre typhoïde; il puise sa nourriture principale dans les graisses neutres de son économie; de là l'amaigrissement que vous observez sur ses traits. Cet amaigrissement est caractéristique dans la fièvre typhoïde du dix-neuvième au vingt-deuxième jour de l'évolution; il peut être considéré comme un signe favorable; il dénote en effet la reprise de l'activité fonctionnelle normale de la nutrition.

2. Malgré ce besoin de nourriture, dont témoigne l'autophagie, nous soumettons le sujet à un régime réduit (lait, bouillon), bien inférieur à celui que son appétit réclame. La nécessité du régime réduit est imposée par la présence à la surface de l'intestin des nombreux ulcères laissés par l'ouverture des follicules de Peyer.

Le danger d'une alimentation substantielle trop précoce dans la convalescence de la fièvre typhoïde réside dans l'irritation que les aliments pourraient déterminer à la surface des plaies; le travail qui s'y accomplit est réparateur; mais si on l'activait trop, il pourrait prendre un autre caractère et conduire à l'une des deux conséquences graves d'alimentation trop hâtive et disproportionnée : ou bien l'établissement d'une inflammation qui mènerait à la perforation de l'intestin (rare); ou bien à un processus lent d'ulcération chronique qui prolongerait pendant plusieurs mois la réparation complète des ulcères intestinaux.

3. Le malade est encore atteint de diarrhée, ce qui est la conséquence de l'état catarrhal de la muqueuse intestinale entre les plaques ulcérées et

de l'ulcération elle-même. Pour la combattre, nous donnons du bismuth; nous avons prescrit du salicylate de bismuth, auquel on a accordé récemment de grands avantages au point de vue antiseptique. Nous croyons que l'on a exagéré les vertus de cette préparation spéciale; nous n'avons pas observé qu'elle présente des avantages sur le sous-nitrate de bismuth; elle est utile comme le sont toutes les préparations de bismuth. Nous avons associé l'opium dans le double but d'accentuer l'effet astringent du bismuth et d'activer la guérison des ulcères intestinaux.

R. Salicylat. bismuth 4 grammes,
Laud. liq. Sydenh. 1 gramme,
Mucil. gum. arab. 200 grammes,

une cuiller à soupe toutes les deux heures.

N° 49.

Cancer de l'estomac.

1. Le malade qui occupe ici le lit 7 de la salle 12 est entré hier à l'hôpital; c'est un valet de chambre, âgé de 50 ans, constitution forte, tempérament bilioso-sanguin. Il ne renseigne aucun élément morbide héréditaire et a toujours joui d'une bonne santé; n'a pas eu la syphilis.

Il y a sept ans, à la suite de chagrins, il a ressenti des manifestations gastriques sous forme d'inappétence, de douleurs d'estomac, de digestions pénibles, un état nauséux habituel, mais pas de vomissements. Cet état a duré plusieurs années et il a donné naissance à un affaiblissement général progressif qui s'est traduit surtout par de la faiblesse musculaire : impossibilité de monter fréquemment les escaliers, sans qu'il y ait cependant de l'oppression.

Depuis trois ans il a dû renoncer à ses occupations, mais il a néanmoins continué un travail moins fatigant jusqu'il y a dix mois.

Depuis sept mois, aggravation notable; faiblesse rapidement progressive; nausées plus fréquentes, vomissements qui sont devenus peu à peu plus fréquents; les vomissements au début étaient alimentaires et biliaires; leur couleur était en rapport avec celle des aliments. Le malade prétend n'avoir jamais eu d'hématémèse.

2. Les symptômes accusés par le malade suffisent déjà pour nous guider dans la voie du diagnostic. Il s'agit d'une affection qui se traduit par des symptômes gastriques prédominants, qui se sont présentés au début sous la forme désignée en médecine pratique par les uns comme dyspepsie, par les autres comme gastrite.

3. Si nous passons à l'examen objectif du sujet, nous sommes frappés avant tout par le teint jaune paille de la peau; ce teint est caractéristique dans ce cas. Vous rencontrerez le teint jaune paille surtout dans deux affections: le carcinome et la malaria; mais il y a une nuance difficile à saisir entre les deux cas. Nous nous bornons à signaler le teint jaunâtre que l'on rencontre fréquemment dans certains cas d'anémie, suite d'hémorragies abondantes; il se rapproche du teint jaune paille cachectique du cancer et de la malaria, mais l'examen du malade permet de lui donner sa signification accidentelle.

4. Un deuxième symptôme qui attire notre attention est constitué par les vomissements. Le malade nous a déclaré n'avoir jamais eu d'hématémèse; actuellement les vomissements sont mélaniques et renferment du sang décomposé.

La présence du sang nous est révélée par le réactif de Van Deen (teinture fraîche de gaïac et huile essentielle de térébenthine); on ajoute successivement ces deux réactifs aux matières vomies en soumettant celle-ci d'abord à la filtration; cette filtration n'est pas cependant indispensable. En agitant le mélange fait à parties égales dans un tube à réaction, on détermine une coloration bleu verdâtre caractéristique, dont on accélère l'apparition par une chaleur modérée.

Ce réactif est fort bon; mais il ne faut pas perdre de vue que des substances autres que le sang peuvent donner la même réponse, c'est le cas notamment pour les préparations ferrugineuses.

Le réactif le plus sûr est l'examen microscopique; s'il nous révèle la présence de globules rouges, il n'y a pas de doute sur la réalité d'une hémorragie.

Les deux procédés ont été employés ici et nous ont révélé la présence du sang dans les matières vomies.

5. Il y a donc du melaena.

D'où vient le sang?

Il peut venir de l'estomac ou d'organes voisins, notamment du nez ou des bronches; nous pouvons exclure ces deux dernières sources et nous concluons que le sang vient de l'estomac.

Il y a hémorragie; examinez le facies du malade. A part le teint jaune paille cachectique, vous notez une anémie profonde; les muqueuses sont décolorées; il y a de l'œdème aux membres inférieurs quand le malade circule; il y a un peu de bouffissure des paupières, surtout de la paupière gauche.

Ces signes concordent avec l'existence d'une hémorragie répétée.

6. L'examen de la région épigastrique révèle une voussure manifeste vers l'hypochondre droit; le côté gauche est normal. La voussure qui occupe la région pylorique comme centre est rendue plus apparente par l'affaissement normal de la fosse iliaque droite et des fausses côtes droites.

Pas d'augmentation de volume du ventre. Il est donc probable qu'il n'y a pas d'ascite; toutefois il pourrait en exister à un faible degré. Pour s'en assurer, il faut recourir à la palpation et à la percussion combinées, appliquées aux parties les plus déclives de la paroi abdominale antérieure, en ayant soin de placer le malade sur les genoux ou debout. Vous vous assurerez ainsi qu'il n'y a pas d'ascite.

Nous pouvons déjà conclure de là que la circulation du sang à travers la veine porte n'est pas entravée; quant au système cave, il ne paraît guère entrepris. Il y a à la vérité de l'œdème aux membres inférieurs, insignifiant quand le malade est couché, plus marqué quand il circule.

Mais cet œdème peut dépendre d'une altération du sang, aussi bien que d'une gêne de la circulation veineuse; et ce qui tend à nous le faire considérer comme la conséquence d'une altération du sang, c'est l'existence simultanée d'un peu d'œdème aux membres supérieurs et à la face. Le cœur n'est pas lésé et l'urine ne renferme pas d'albumine.

7. Il y a donc une tuméfaction ayant son centre au niveau de la région pylorique.

Où siège-t-elle ? Elle peut exister au pylore, au foie, au pancréas ou dans les ganglions mésentériques.

Le foie mesure $\frac{14 \times 17 \times 17 \frac{1}{2}}{+ 7}$; la rate mesure 11 centimètres de dimension verticale.

Il y a donc agrandissement de la matité préhépatique. Le foie est agrandi, mais les chiffres que nous venons de trouver ne se rapportent pas exclusivement à lui, ils englobent toute la tumeur saillante à l'épigastre.

La tumeur est dure, inégale, mais lisse à ondulations douces, douloureuse à la pression.

Elle ne comprime pas le système porte; elle ne gêne pas non plus le système cave; cette dernière constatation nous éloigne de l'idée d'une tumeur pancréatique; ce qui nous en éloigne encore c'est la position superficielle de la tumeur et l'absence de toute compression du système cholédoque.

8. Nous sommes ramené à un siège ou gastrique ou hépatique de la tumeur. Si nous avons égard aux antécédents rapportés par le malade, sous la forme de dyspepsie ayant duré plusieurs années, notre attention se porte de préférence vers une lésion gastrique.

Ce qui nous confirme dans cette idée, c'est que les fonctions du pylore ont été gênées dès le début de la maladie et ont été en partie annihilées depuis peu; il y a, en effet, des vomissements abondants qui se répètent de plus en plus fréquemment, et qui démontrent que le pylore est en état d'obstacle au passage des matières.

Cet état de rétrécissement pylorique pourrait tenir, dira-t-on, à la pression exercée du dehors par la tumeur sur le pylore.

Mais un argument décisif qui tranche la question en faveur d'une tumeur gastrique, c'est l'existence des vomissements mélaniques. Il y a gastrorragie, donc il y a plaie de l'estomac.

Rapproché de la tumeur à centre pylorique et des autres symptômes, ce signe nous permet de conclure à l'existence d'une tumeur de l'estomac ulcérée.

9. L'hémorragie gastrique se rencontre dans trois cas :

1. Cancer de l'estomac.
2. Ulcère de l'estomac.
3. Cirrhose du foie.

Nous écartons la cirrhose du foie, parce que la gastrorragie ne se rencontre, et rarement encore, que dans les cas de cirrhose atrophique et à une période très avancée de la maladie; or, ici la cirrhose atrophique n'existe pas.

10. Il nous reste à établir le diagnostic entre l'ulcère et le cancer de l'estomac.

Clinique du 17 avril 1890.

(Leçon recueillie par M^r VALÈRE BEAUMEZ, interne du service.)

SOMMAIRE.

N^o 50 : Des néphrites. — Néphrite parenchymateuse chronique avec desquamation de l'épithélium altéré. N^o 51 : Hémorragie cérébrale avec hémiplégié droite et alalie. N^o 52 : Aphasie et agraphie, sans trace de paralysie. N^o 53 : Myélite par compression.

N^o 50.

Des néphrites. — Néphrite parenchymateuse chronique avec desquamation de l'épithélium altéré.

1. Constance V....., épouse Ch....., qui occupe le lit 6 de la salle 7, est une ouvrière chapelière, âgée de 44 ans, constitution affaiblie, tempérament bilieux.

Ce qui attire avant tout l'attention, c'est la bouffissure de la face inégalement répartie, et le teint pâle; pas d'œdème généralisé.

Le caractère de l'œdème appelle déjà votre attention dans une direction déterminée : néphrite parenchymateuse.

Dirigeons notre examen dans ce sens.

Interrogez la malade; vous apprendrez que la vue a beaucoup baissé dans les derniers temps. L'examen ophtalmoscopique décèle l'existence de plaques blanches rétro-rétiniennes.

En outre l'urine renferme une forte proportion d'albumine.

Nous arrivons ainsi rapidement à un diagnostic symptomatique : albuminurie.

2. Ce diagnostic n'a qu'une importance secondaire : l'albuminurie se rencontre dans un grand nombre d'affections.

3. Nous devons donc compléter notre examen pour arriver au diagnostic anatomique.

Avant tout, il y a lieu de faire l'examen microscopique de l'urine ; il nous fait découvrir la présence de cylindres hyalins, de cellules épithéliales rénales altérées et devenues transparentes, et des globules blancs.

Ces symptômes dénotent l'existence d'une lésion de l'épithélium rénal, avec desquamation de cet épithélium.

Un deuxième pas est fait ainsi dans la voie du diagnostic. Nous arrivons à un diagnostic anatomique : néphrite parenchymateuse.

4. Quelle est la cause de cette néphrite ? La réponse à cette question nous donnera le diagnostic clinique, auquel vous devez toujours tendre.

Pour avoir cette réponse, examinons les organes dont les lésions sont de nature à provoquer la néphrite parenchymateuse.

Nous examinerons avant tout le cœur et les vaisseaux.

Le cœur est légèrement dilaté ; sa notation est $V \frac{+9}{+1}$; à l'auscultation, bruit de frottement péricardique. Pas d'insuffisance mitrale ni tricuspide ; or c'est le plus souvent l'insuffisance mitrale qui amène la néphrite à sa suite.

L'état des vaisseaux sanguins est plus difficile à déterminer.

Les artères ne sont pas athéromateuses.

Leur paroi n'a-t-elle pas subi la dégénérescence amyloïde ?

Pour résoudre la question, il faut examiner les organes parenchymateux ; la dégénérescence amyloïde des vaisseaux est une affection de système ; elle intéresse le système artériel partout et traduit ses effets dans presque tous les organes parenchymateux du corps.

Or l'examen du foie et de la rate ne révèlent pas d'engorgement de ces organes ; nous sommes donc amené à ne pas admettre la dégénérescence amyloïde des vaisseaux comme cause de la néphrite.

Deux autres arguments plaident contre cette lésion ; c'est l'absence des deux causes les plus fréquentes de la dégénérescence amyloïde : la syphilis et une suppuration prolongée.

Ces facteurs morbides étant éliminés, il nous reste comme élément morbide probable dans ce cas une dégénérescence granuleuse de tout l'épithélium enchymatique rénal consécutif à un travail de néphrite chronique.

5. Le pronostic du cas est fatal; la mort est la terminaison constante de cette forme typique de maladie de Bright. Remarquez du reste le tremblement peu marqué, il est vrai, mais réel des membres supérieurs et de la face; ils sont de mauvais augure, en ce sens qu'ils nous font craindre l'imminence d'urémie.

6. Le traitement consistera dans le régime lacté, l'emploi de préparations laxatives et l'administration interne d'acide benzoïque.

R. Acid. benzoïc. 1 gramme,
Aq. com. dist. 200 grammes.

N° 51.

Hémorragie cérébrale avec hémiplégié droite et alalie.

1. Constance B....., âgée de 67 ans, que l'on vient d'apporter au lit 3 de la salle 37, est une femme d'une constitution forte et de tempérament sanguin.

Ce qui nous frappe avant tout dans son aspect, c'est l'air de tranquillité parfaite de ses traits; elle sourit fréquemment et ce mouvement dénonce une hémiplégié faciale droite: relèvement de la commissure labiale gauche, affaissement de la droite; plis frontaux et faciaux plus dessinés à gauche; il en est de même aux paupières et l'œil gauche se ferme plus complètement que le droit. La malade refuse de pousser la langue; mais elle avale facilement par petites gorgées.

Il y a donc hémiplégié faciale droite et mutisme sans aspect apoplectique.

L'hémiplégié se rencontre dans des lésions périphériques et dans des cas de lésion cérébrale. L'élément essentiel de diagnostic est établi ici par l'existence d'une hémiplégié droite du tronc et des membres; il y a donc une hémiplégié par lésion centrale.

L'hémiplégie droite intéresse la motilité; la sensibilité tactile paraît être abolie, mais la sensibilité douloureuse est bien conservée et quand elle est provoquée, elle se traduit par des réflexes. La pupille droite est un peu plus dilatée que la gauche. Pas de déviation des yeux.

Le pouls est régulier, athéromateux, à 90. Pas d'autre bruit morbide au cœur qu'un léger souffle systolique hémétique entendu partout. Œdème des membres inférieurs.

Les renseignements qui nous sont apportés par la famille nous apprennent que la malade serait tombée le 10 à la suite d'apoplexie et que depuis lors elle n'aurait plus parlé. Elle mange et boit facilement, et bouge librement la langue quand on parvient à la lui faire pousser.

2. Nous avons comme diagnostic : hémorragie cérébrale, avec hémiplégie de la motilité, de la sensibilité tactile, maintien de la sensibilité douloureuse, pas de paralysie du grand hypoglosse, mais alalie complète.

3. Le traitement consiste dans l'emploi du lavement purgatif et de la potion suivante :

R. Elixir antiapoplect. jacobin. 3 grammes,

Aq. comm. dist. 200 grammes,

par cuiller à soupe toutes les deux heures.

Nous accordons à la malade du café et du bouillon.

N° 52.

Aphasie et agraphie sans paralysie.

1. C'est pour faire ressortir la signification de l'alalie que nous nous arrêtons auprès de Constance B. . . .

Il y a de l'alalie, mais pas d'aphasie.

Dans l'alalie, la malade est incapable de prononcer un seul mot ; elle est muette, mais sans que la langue soit atteinte de paralysie.

Dans l'aphasie, la malade articule très nettement les paroles; mais celles-ci n'ont aucune signification parce qu'elles se suivent sans aucune espèce d'association de pensée.

2. Vous avez eu l'occasion de voir au lit voisin une malade M^{me} G...., dont nous vous avons entretenu plusieurs fois et qui est atteinte de la forme type d'aphasie. A son entrée à l'hôpital, M^{me} G...., articulait des mots incomplets, elle ne parvenait même pas à achever l'articulation d'une parole. A cette première période en a succédé une autre; les paroles étaient nettes et achevés, elle se succédaient rapidement, mais sans signification; elle disait: Oui, Monsieur, demain robe planche maison...., etc.

Une troisième phase a succédé à celle-ci; M^{me} G... en continuant toujours le même langage a commencé à répéter mécaniquement les phrases qu'on lui adressait; c'est la variété d'aphasie, que l'on a baptisée du nom d'*écholalie*.

Nous voici arrivés à une quatrième phase, de beaucoup la plus importante. A force de patience de notre part et d'insistance de la malade nous avons fini par comprendre une histoire assez compliquée. La succession des paroles est moins capricieuse: elle parvient à associer trois ou quatre mots consécutifs dont la réunion a un sens précis, mais l'effort ne va pas plus loin; la parole continue à être articulée avec volubilité, mais la suite de la pensée n'y est pas, par impuissance mentale. Nous avons déterminé si le trouble de l'expression de la pensée atteignait l'écriture; il y a agraphie, la malade écrit très distinctement des mots, mais ces mots n'ont aucune signification; ils sont choisis au hasard.

Il y a donc chez M^{me} G. . . . aphasie et agraphie; nous insistons sur un autre caractère des plus importants: il n'y a aucune paralysie ni de la motilité ni de la sensibilité; la malade circule toute la journée. Pas de trouble mental.

L'ensemble de ces caractères est donc bien différent de celui que nous venons d'observer chez la première malade; chez celle-ci il y a alalie, sans paralysie de la langue, mais avec hémiplegie droite.

3. Le cas de M^{me} G. . . . est des plus importants au point de vue de la médecine légale; le sujet ne nous paraît atteint d'aucun trouble mental,

mais elle est incapable de formuler sa pensée soit par écrit soit en paroles. Il y a plus : elle parle et elle écrit, mais ses paroles pas plus que ses lettres ne rendent sa pensée ou la rendent mal. Il résulte de là que dans des cas de ce genre, tout acte posé par la malade manque de la sanction de sincérité qui seule peut lui donner de la valeur. Il se peut qu'elle réponde *oui* en paroles et en écrit, alors qu'elle pense *non*.

N° 53.

Myélite par compression.

1. Vous avez vu se développer la maladie chez le sujet que nous retrouvons aujourd'hui au lit 4 de la salle 9 à une période des plus avancées.

Il s'agit d'une des formes de la maladie désignée sous la rubrique générale de *mal de Pott*. La lésion anatomique réside dans une altération d'une ou de plusieurs vertèbres, dont la cause première est variable : syphilis, tuberculose, scrofule, carie, ostéite traumatique, etc.

Quelle que soit l'origine première du mal, au degré où il est arrivé chez notre malade, les symptômes secondaires ont acquis une telle importance qu'ils masquent tous les autres. Le corps d'une ou de deux vertèbres de la région lombaire atteint d'ostéite raréfiante s'est affaissé ; il y a par suite saillie de l'épine vertébrale. En même temps la moelle se trouve comprimée par l'affaissement de la colonne à ce niveau et les symptômes de myélite par compression se développent graduellement.

2. C'est ce qui est arrivé chez notre malade et c'est ce qui distingue ces cas de ceux de myélite transversale aiguë. Vous avez eu l'occasion de voir récemment un cas de cette dernière catégorie et l'année dernière vous en avez observé un autre. Dans ces deux cas, le début a été brusque et consécutif à l'impression du froid ; vingt-quatre heures après le début les malades ont été atteints de paraplégie complète et peu de jours après nous avons vu se développer des escharres étendues et profondes qui constituent un des symptômes de cette affection.

Chez notre malade, au contraire, les symptômes ont évolué d'une manière graduelle. Quand il est entré à l'hôpital, il se plaignait d'une gêne

dans la marche, d'un léger engourdissement des membres inférieurs, de douleur à la région lombaire. L'examen auquel nous nous sommes livré alors en votre présence nous a permis de conclure à l'existence d'une maladie de Pott dont nous avons cru pouvoir rapporter l'origine à une tuberculose vertébrale.

3. Nous avons institué le traitement qui seul est de nature à enrayer parfois le développement de ce mal ; c'est l'application de la cautérisation au niveau de la région douloureuse du dos.

Nous disposons de deux procédés de cautérisation, le cautère actuel et le cautère potentiel.

Le cautère actuel est moins douloureux ; mais son action est généralement moins profonde et moins prolongée. C'est le motif pour lequel nous préférons recourir au cautère potentiel. Nous avons recours à la pâte caustique de Vienne que nous appliquons suivant les règles que nous vous avons indiquées.

En même temps nous avons prescrit l'huile de foie de morue (une cuillerée à soupe au commencement de chaque repas) et une potion à l'iode de potassium ($\frac{3}{200}$).

Nous avons pensé un moment à appliquer un bandage de Sayre plâtré, de nature à assurer l'immobilisation dans l'extension ; nous y avons renoncé parce que la maladie était arrivée déjà à un degré assez avancé pour entraîner des désordres du côté de la moelle ; nous devons nous attendre d'un moment à l'autre à voir paraître les symptômes de la myélite aiguë, en tête desquels figurent les escharres profondes à tous les sièges de décubitus. Or, le bandage de Sayre entraînant l'immobilisation complète du sujet aurait aggravé ces dangers. Du reste, dans ce cas spécial, ce mode de traitement n'aurait guère eu d'efficacité.

4. La maladie a suivi son évolution fatale ; nous voici arrivé à la dernière phase de l'affection. Ce n'est plus une compression sourde qui s'exerce sur la moelle, c'est une compression brutale par effondrement du corps vertébral et nous voyons se développer les symptômes du ramollissement transverse de la moelle épinière que vous avez eu l'occasion de suivre dans les deux cas de myélite aiguë transverse totale.

Parmi ces symptômes, il en est deux surtout qui attirent notre attention : c'est d'abord la paraplégie complète qui s'est substituée à l'engourdissement et à la faiblesse des membres inférieurs.

C'est ensuite la paralysie intestinale et l'incontinence de matières fécales consécutive. Nous aurons l'occasion de revenir sur ce dernier point plus tard ; le temps nous presse et nous nous bornons aujourd'hui à le signaler.

5. Depuis quelques jours, la myélite affecte une marche ascendante et détermine une gêne considérable de la respiration.

En outre, le malade qui avait gardé le lit ou la position assise pendant huit mois sans désordres trophiques à la peau, est atteint aujourd'hui des escharres profondes et étendues que l'on voit toujours se produire très rapidement dans la myélite aiguë.

Ce n'est pas tout ; et les désordres que nous venons de vous décrire en ont amené d'autres qui préparent une terminaison fatale très proche. Des frissons se sont répétés depuis trois jours, suivis de transpirations profuses et fétides ; le teint du malade est devenu cachectique ; il y a du subdélire, des soubresauts de tendon. Vous reconnaissez à ces symptômes les signes de la résorption purulente.

6. Deux causes amèneront donc très prochainement une terminaison fatale.

1. L'asphyxie par évolution ascendante de la myélite.

2. L'intoxication par septicémie à la suite de la résorption purulente.

7. Que faire dans ces circonstances ? Je n'ai pas besoin d'insister sur le caractère palliatif de notre intervention ; elle tendra à soulager le malade par des préparations calmantes et par des toniques.

Nous lui prescrivons le chlorhydrate de quinine à la dose d'un gramme par jour (par poudres de vingt centigrammes dans des cachets Limousin), et d'autre part la potion suivante :

R. Extract. thebaïc. 5 centigrammes,

Décoct. rad. columbo 200 grammes.

En outre, injections hypodermiques de morphine suivant la formule connue.

Clinique du 19 avril 1890.

(Leçon recueillie par M^r EMMANUEL LARIVIÈRE, externe du service.)

SOMMAIRE.

N^o 54 : Fièvre typhoïde (convalescence). — Phlébite de la veine cubitale gauche.

N^o 55 : Fièvre typhoïde au douzième jour de son évolution.

N^o 54.

Fièvre typhoïde (convalescence). — Phlébite de la veine cubitale gauche.

Joseph V....., que vous avez déjà vu à différentes reprises (voir n^{os} 47 et 48), continue à se trouver dans des conditions de convalescence. Toutefois, il s'est produit avant-hier dans la soirée une complication sous forme d'un noyau inflammatoire au bord interne du poignet gauche. Au premier abord, ce noyau rappelait l'aspect d'une arthrite aiguë; à un examen plus minutieux, on s'assurait que l'articulation était intacte et que le noyau plus superficiel s'étendait par des traînées rougeâtres le long de la face interne de l'avant-bras; pas d'engorgement des ganglions axillaires. Il s'agit d'une phlébite que nous avons traitée hier matin par une pommade résolutive (onguent mercuriel belladonné $\frac{2}{30}$) et des cataplasmes émollients. Aujourd'hui l'inflammation a déjà beaucoup diminué et le noyau paraît se résoudre. Nous continuons le même traitement.

Quant au traitement interne, le malade est au régime lacté et au bouillon; il prend encore la potion au salicylate de bismuth; cataplasme émollient sur le ventre.

N° 55.

Fièvre typhoïde au douzième jour.

1. Le nommé Jean-Baptiste J....., ouvrier tailleur, âgé de 21 ans, constitution forte, tempérament lymphatique, est entré hier à l'hôpital (salle 7, lit 5) et nous en profitons pour vous le faire examiner parce qu'il est encore au début de sa maladie.

Pas d'antécédents.

Il est souffrant depuis cinq jours, dit-il ; nous ne pouvons pas attacher grande importance à ses déclarations parce qu'elles sont diffuses et sur beaucoup de points contradictoires.

Il est bon de vous rappeler à ce propos que dans l'interrogatoire auquel vous soumettez votre malade, il est utile de revenir sur les questions les plus importantes, afin de contrôler ainsi l'exactitude des réponses qui vous sont données. Très souvent les premiers renseignements fournis sont inexacts, soit par trouble du malade, soit parce qu'il ne saisit pas bien la question. C'est le cas pour J.-B. J....., comme vous verrez tout à l'heure.

Bornons-nous pour les antécédents à ce que nous assure le malade : début par de la fatigue générale, de la céphalalgie, de l'embarras gastrique et de la constipation. Il n'y a pas eu d'épistaxis. Il a pris un purgatif salin et depuis lors diarrhée.

2. Les symptômes objectifs sont plus importants : stupeur de la face, avec un regard mobile, indifférent, incapable de fixer. Pas d'herpès labialis. Le teint est légèrement subictérique.

La fièvre est vive ; la température hier soir = 39.6, ce matin = 38.6. Il y a donc fièvre continue à caractère rémittent.

Pas d'oppression ; toux insignifiante. L'exploration de la poitrine nous donne de la sonorité des deux côtés. A l'auscultation, râles sibilants et muqueux dans tout le côté gauche ; râles sibilants plus rares à droite.

Les râles de cet ordre se rencontrent dans les bronchites et dans les

catarrhes bronchiques; on entend en outre les râles sibilants dans une autre catégorie de cas, quand l'élément musculaire de la paroi bronchique est atteint dans l'asthme. Nous pouvons exclure cette dernière affection à cause de la fièvre et de l'évolution de la maladie.

La signification des râles doit être rapportée à du catarrhe bronchique plutôt qu'à une inflammation bronchique. Si cette dernière affection existait, l'oppression serait vive et de plus l'expectoration serait à cette période de la maladie beaucoup plus abondante et ne serait plus muqueuse comme c'est le cas ici.

Rien au cœur.

L'exploration de la poitrine ne nous renseigne donc aucun élément pathologique assez important pour expliquer les symptômes du malade. Les éléments qu'elle nous révèle sont significatifs, cependant, en ce sens que, comme ils sont de règle dans le cours de la fièvre typhoïde, c'est dans cet ordre d'idées qu'il y a lieu de diriger nos recherches.

3. En examinant le ventre, on constate un ballonnement modéré; la pression est douloureuse et détermine la production de gargouillement iléo-cœcal. La peau présente une éruption discrète de taches rosées lenticulaires, disparaissant à la pression du doigt. A côté de ces taches on en distingue d'autres arrondies faisant saillie et qui sont constituées par des *sudamina*. L'éruption rosée lenticulaire est surtout marquée au niveau de la région épigastrique.

La percussion de la rate donne 13 centimètres de matité verticale sur la ligne axillaire médiane.

4. Nous disposons d'éléments suffisants pour poser le diagnostic de fièvre typhoïde: la stupeur de la face, l'absence d'herpès labialis, la fièvre continue, les symptômes bronchiques, le ballonnement du ventre avec gargouillement iléo-cœcal, la diarrhée, l'engorgement de la rate, et surtout l'éruption rosée lenticulaire à la paroi abdominale antérieure.

5. Nous devons attacher surtout de l'importance à l'éruption. Quand elle se présente avec les caractères que nous trouvons et les symptômes constatés, elle est significative d'une fièvre typhoïde. Nous renvoyons à

une autre leçon pour le diagnostic de cette éruption (voir n° 38) et nous nous bornons à vous rappeler l'importance de la forme lenticulaire des taches.

L'éruption a une autre signification encore, elle nous permet de nous assurer de la période de la maladie. Le sujet nous a dit d'abord qu'il n'était souffrant que depuis cinq jours; à la même question que nous lui avons posée peu après, il a indiqué quelques jours de plus. Nous ne dépendons pas de ses souvenirs pour fixer l'âge de son affection; l'éruption typhoïde débute en effet du septième au neuvième jour de la maladie. Nous sommes donc à une époque postérieure, à coup sûr au neuvième jour de l'évolution morbide; si nous tenons compte de l'étendue de l'éruption et des autres symptômes, nous pouvons conclure que nous sommes au douzième ou treizième jour de la fièvre typhoïde.

6. La marche de la maladie est normale; l'épistaxis est le seul symptôme qui ait fait défaut.

7. Le traitement de la fièvre typhoïde est surtout hygiénique; la thérapeutique médicamenteuse n'a de rôle important à remplir que dans les complications.

Avant tout, diète absolue pendant la période de début de la maladie. Le point le plus important du traitement est la question du régime au début et pendant la convalescence. C'est le plus souvent la négligence de la diète au début de la maladie qui entraîne les complications, cérébrales d'abord, intestinales plus tard; et quand une dothienenterie est mal traitée au début, il est fort difficile de la garer des complications.

Nous avons dit tantôt que le point le plus important du traitement est le régime au début et à la convalescence; nous ajouterons que la détermination du moment précis où l'alimentation ne peut plus nuire et est utile est la plus grande difficulté pratique de ce traitement. Nous y reviendrons quand le malade sera un peu plus avancé.

A côté de la question du régime il y a celle de l'air; renouveler l'air le plus souvent possible, en évitant les courants d'air; nous nous rappelons avoir vu des services d'hôpitaux où les fenêtres des chambres de typhisés restaient ouvertes plusieurs heures par jour même en hiver. Nous décon-

seillons cet excès systématique; mais nous demandons le renouvellement régulier et fréquent d'air pur.

La température de la chambre ne peut pas dépasser 17°; des températures plus élevées exposent à des accidents cérébraux ou pulmonaires. Nous avons vu un cas de fièvre typhoïde à forme méningée, où tous les symptômes cérébraux ont disparu en ouvrant les fenêtres et en ramenant à 15° une température que l'on avait maintenue par excès de zèle pendant plusieurs jours à 22° ou 23° centigr. — Nous avons eu l'occasion de constater ailleurs une complication pneumonique très grave produite chez un malade près du lit duquel venait déboucher une bouche de calorifère. Une atmosphère trop chaude est peut-être encore plus nuisible à une fièvre typhoïde qu'un air incomplètement renouvelé.

On évitera d'exposer le malade à l'éclat d'une lumière trop vive.

On évitera les visites.

On pratiquera par tout le corps deux fois par jour des lotions à l'eau chargée de vinaigre aromatique.

8. *Thérapeutique.* — De tous les moyens thérapeutiques qui ont été recommandés dans le cours de la fièvre typhoïde, le purgatif est celui qui a joui de la plus grande vogue. Elle est méritée du reste; car bien administré, il agit de la manière la plus avantageuse. Deux ordres de purgatifs ont été surtout recommandés : le calomel et le sel neutre.

Les deux ont été employés dans le but systématique de juguler la fièvre typhoïde. Nous avons vu souvent la fièvre typhoïde s'arrêter dans son évolution et se borner aux symptômes de la fièvre catarrhale; nous vous en avons entretenu longuement l'année dernière. Nous avons ajouté aux considérations pratiques que nous inspiraient les cas de cette nature que nous observions, cette réflexion que nous n'avons jamais songé à nous attribuer l'honneur d'avoir jugulé une fièvre typhoïde, bien que nous ayons observé un très grand nombre de cas de fièvre catarrhale. Le motif de notre modestie, c'est que nous ne parvenons pas à reproduire ces prétendues jugulations en ayant recours au même traitement dans les mêmes conditions morbides. Nous en sommes arrivé aujourd'hui à ne poser le diagnostic de fièvre typhoïde que pour les cas confirmés et à

réserver le nom de fièvre catarrhale aux formes abortives, qui ne sont que les prétendues fièvres typhoïdes jugulées.

Revenons aux agents thérapeutiques ; les purgatifs sont donc utiles au début, mais nous limitons l'indication ou aux sels neutres ou au calomel.

Notre malade a de la diarrhée ; trois à quatre selles liquides par jour. Dans les limites modérées qu'elle présente ici, cette diarrhée ne doit pas être énergiquement combattue. N'oublions pas en effet que la diarrhée est un symptôme de libération intestinale et que, comme telle, elle remplit un rôle utile dans l'évolution de la fièvre typhoïde. Elle agit avantageusement en dégorgeant la muqueuse intestinale comprimée partout par l'engorgement des follicules lymphatiques.

Ceci est si bien l'expression de la vérité, que les cas les plus graves de fièvre typhoïde sont précisément ceux où la diarrhée fait absolument défaut.

Ce que je viens de dire de la diarrhée modérée que nous observons chez notre malade, ne doit pas vous conduire à ne jamais combattre énergiquement ce symptôme. Quand il devient prédominant, il y a lieu de l'arrêter par des préparations de bismuth et des opiacés.

Dans le cas actuel nous nous bornons à prescrire un mucilage de salep et un cataplasme de farine de lin. Eau d'orge comme boisson.

Clinique du 22 avril 1890.

(Leçon recueillie par M^r JOSEPH PIETERS, externe du service.)

SOMMAIRE.

N^o 56 : Urémie. N^o 57 : Herpès unilatéral dans un cas simulant la maladie de morvan. N^o 58 : Cancer de l'estomac.

N^o 56.

Urémie.

1. Les craintes que l'état de la malade nous inspirait le 17 avril dernier (voir n^o 50) se sont réalisées. Les symptômes de convulsions cloniques isolées qui avaient attiré notre attention avaient bien la signification que nous leur avons attribuée : empoisonnement du sang par les produits d'excrétion incomplètement élaborés et excrétés par les reins.

Ce matin la malade a été atteinte des convulsions épileptiformes qui caractérisent l'urémie.

2. L'insuffisance rénale, au point de vue de l'élimination de l'urée, a été manifeste; la malade n'a rendu que de 6 à 10 grammes d'urée dans les vingt-quatre heures. Ce chiffre réduit implique que l'évolution des matières albuminoïdes est arrêtée et que l'azote n'est pas éliminé du corps dans la forme sous laquelle il est rejeté à l'état physiologique.

3. Nous nous abstenons d'énumérer toutes les théories que l'on a avancées pour expliquer la genèse de l'urémie. Il nous suffit d'appeler votre attention sur la réalité de l'insuffisance de la fonction rénale moins au point de vue de la quantité d'eau rendue qu'à celui de l'hypo-azoturie.

4. *Traitement.* — Le traitement a consisté en ventouses sèches appliquées à la région rénale et tout le long de la colonne vertébrale.

On a administré en outre un lavement évacuant. Il y a cinq jours, nous

avons déjà administré des purgatifs salins qui avaient déterminé une évacuation séreuse abondante.

Nous prescrivons en outre :

R. Ferulæ asæ foetid. 8 grammes,
 Aq. hyssop. 50 grammes,
 Vitelli ovi n° i,
 M. f. lac. d. pro enemate.

La malade prendra la potion suivante :

Extr. thebaïc. 10 centigrammes,
 Liquor. anod. Hoffm. 2 grammes,
 Aq. menth pip. 200 grammes,

par cuiller à soupe toutes les deux heures.

N° 57.

Herpès dans un cas simulant la maladie de Morvan.

1. La malade dont vous connaissez l'histoire a été atteinte depuis une douzaine de jours d'une éruption d'herpès bulleux à poussées successives ; il s'est déclaré exclusivement du côté droit du corps, d'abord à la moitié externe du sein droit, puis à l'avant-bras, puis à la jambe. Les poussées se présentent sous la forme de vésicules réunies en corymbe, qui au bout de vingt-quatre à trente-six heures se réunissent pour former des bulles qui mesurent jusque trois centimètres d'étendue dans un sens et deux dans l'autre ; ces bulles crèvent en laissant sortir un liquide citrin. L'épiderme déchiré laisse le derme à nu et constitue une plaie douloureuse qui se cicatrise en quelques jours sous l'action d'application de vaseline.

2. Chaque poussée est précédée de vives douleurs au niveau de la région qui devient le siège de l'herpès. C'est le symptôme initial de l'herpès-zona, dont la manifestation actuelle se rapproche beaucoup.

La malade est tenue en observation à cause de l'intérêt que l'étude de

l'évolution de ce cas offre pour permettre d'élucider la nature de la maladie de Morvan.

3. N'oubliez pas que cette malade a présenté déjà des accès d'hystérie depuis son entrée à l'hôpital.

N° 58.

Cancer de l'estomac.

1. Nous revenons au malade que nous avons examiné à la clinique du 15 (n° 49); nous avons posé le diagnostic de cancer ulcéré de l'estomac. Les raisons qui nous avaient conduit à ce diagnostic étaient l'existence d'une tumeur au niveau du pylore et les vomissements mélaniques.

2. De quelle nature est la tumeur ?

Nous ne pouvons pas définir actuellement son caractère anatomo-pathologique; il peut être très variable; l'anatomie pathologique décrit en effet de nombreuses variétés de tumeurs occupant le pylore. Pour le médecin praticien, la question capitale est celle de savoir si la tumeur est bénigne ou maligne, si elle peut guérir ou si elle conduit fatalement à la mort.

Tout l'intérêt pratique converge vers ce seul point.

3. *Diagnostic.* — Les éléments de diagnostic détaillés dans les traités sont nombreux, mais bien peu ont un caractère scientifique absolu.

On a parlé de l'âge du sujet; notre malade, âgé de 50 ans, rentrerait dans la catégorie des cancéreux. Mais cet argument est loin d'avoir une importance réelle; nous avons rencontré des ulcères simples de l'estomac à tout âge, de même pour les cancers.

4. On a indiqué le genre de douleur : la douleur gastrique retentissant directement vers l'angle de l'omoplate a été indiquée comme existant surtout dans l'ulcère simple de l'estomac, tandis que la douleur en ceinture irradiant tout autour de la taille caractériserait plutôt le cancer.

Ici encore il y a trop d'exceptions pour que nous puissions accorder à ce symptôme une importance réelle.

5. On a indiqué le mode d'évolution, qui serait beaucoup plus lent dans le cancer que dans l'ulcère. Ici encore l'observation fait justice de cet élément de diagnostic; nous avons rencontré des cas d'ulcère simple évoluant le plus souvent lentement, parfois très rapidement; de même pour le cancer.

6. L'élément le plus sérieux est celui qui est fourni par l'hérédité. Mais que de cas où la précision des renseignements fournis laisse à désirer, au point qu'il n'y a pas moyen d'en tenir compte !

7. On a indiqué encore l'examen microscopique des matières vomies. La présence de sarcines a été signalée comme caractérisant le cancer. L'observation a établi que la présence de sarcines dénote simplement le séjour prolongé et la fermentation des aliments dans l'estomac et se rencontre dans tous les cas de dilatation gastrique avec fermentations anormales.

8. Dans ces derniers temps, Van den Velde a indiqué un signe diagnostique qui permettrait d'établir la nature de la tumeur par l'examen des matières vomies. Les matières renfermeraient HCl libre dans les cas d'ulcère rond, n'en contiendraient pas dans le cancer.

C'est un signe précieux sur lequel il y a lieu d'insister.

La présence de HCl libre est dénotée par l'emploi de réactifs colorants. De nombreux agents ont été recommandés; nous nous en tenons au violet de méthyle, qui donne une coloration bleuâtre en présence de HCl libre. Il y a lieu pour assurer la netteté de la réaction de filtrer les matières à travers un filtre humecté. Toutefois ce n'est pas indispensable.

Les recherches de Stiénon ont établi que dans certaines conditions la présence de HCl libre peut être masquée à ce réactif par des substances dont la composition n'est pas encore déterminée; il en résulte que les matières vomies renferment parfois HCl libre qui ne donne pas la réaction bleue par le violet de méthyle. C'est notamment dans les cas de cancer que Stiénon a constaté ce fait.

En tout cas, la proposition fondamentale posée par Van den Velde reste vraie. Dans le cas de cancer, le violet de méthyle ne donne pas la réaction bleue due à HCl libre, que l'on observe dans les matières vomies dans les cas d'ulcère simple.

9. Quelle est la valeur de ce signe? Est-elle aussi absolue que Van den Velde l'a cru? Nous en doutons, parce que nous avons vu des cas d'ulcère où elle faisait défaut et des cas de cancer où elle existait. C'est l'exception, et dans l'état actuel de la question nous recourons toujours à l'emploi de ce procédé pour corroborer un diagnostic.

10. Nous avons appelé l'attention sur un autre élément de diagnostic, qui repose sur la détermination de l'état de la nutrition organique.

Le cancer est le résultat d'une nutrition organique intime viciée.

C'est un fait d'observation au sujet duquel il n'y a pas de contestation.

Nous avons cherché à déterminer l'état de la nutrition chez les cancéreux. Pour arriver à ce résultat, la pathologie ne dispose pas de ressources autres que celles auxquelles la physiologie s'adresse.

La physiologie détermine l'évolution nutritive intime en évaluant les éléments ingérés et les produits éliminés. Elle a établi ainsi d'une manière rigoureuse le bilan des entrées et des sorties que l'on observe à l'état de santé.

Appliquons le même procédé à la détermination de l'état nutritif des cancéreux.

11. Quels sont les produits d'excrétion que l'on peut examiner? Une première condition s'impose : c'est la récolte totale du produit de sécrétion pendant vingt-quatre heures et l'analyse de ces produits.

Or parmi les appareils glandulaires, il en est dont le produit ne peut pas être recueilli dans des conditions pratiques : il en est ainsi pour le poumon. Cet appareil élimine une grande quantité d'excrément, notamment CO₂ et Az. Mais les moyens que la physiologie expérimentale a employés pour les déterminer ne sont pas applicables en médecine pratique.

Il en est de même pour les appareils de la peau ; on n'a que des chiffres

approximatifs relativement aux excréments éliminés par la peau. Il en est parmi eux de très importants : Je citerai les acides gras aromatiques, de la série acétique, dont la fonction dépuratrice est établie par les désastres que sa suppression entraîne et par les effets salutaires de la médication sudorifique.

Il en est encore ainsi pour les produits éliminés par l'intestin ; nous ne disposons d'aucun procédé qui nous permette de limiter parmi les matières fécales celles qui appartiennent à telle ou telle journée. On en a imaginé ; mais ce qui prouve combien ces procédés sont défectueux, c'est que ceux qui les ont employés ont dû fréquemment interrompre leurs séries de recherches par suite de l'impossibilité de faire des parts d'élaboration quotidienne dans le produit expulsé par l'intestin.

On parviendrait du reste à mettre de la précision dans la détermination des matières stercorales, que l'on devrait renoncer à toute appréciation relativement aux gaz intestinaux.

Il résulte de là de nombreuses lacunes dans les recherches du processus nutritif intime chez les malades.

12. Il n'y a guère qu'un organe dont le produit puisse être recueilli intégralement : c'est le rein. Ici nous pouvons limiter d'une manière précise la somme de travail organique accompli en vingt-quatre heures.

La physiologie nous apprend que parmi d'autres produits, le rein élimine en vingt-quatre heures chez un adulte soumis à un régime mixte :

30	grammes d'urée,
12	— de chlorure,
2.50	— d'acide phosphorique,
1.50	— d'acide sulfurique.

C'est à la détermination des chiffres de ces produits chez les cancéreux que nous nous sommes surtout attaché. Les résultats que nous avons observés sont constants.

13. Pour ne parler que de l'élimination de l'urée urinaire chez les cancéreux, elle est constamment en déficit, quel que soit le régime du sujet. Il y a de l'hypo-azoturie progressivement croissante chez les cancéreux ;

elle est graduelle et s'établit lentement, comme le cancer lui-même. L'alimentation n'exerce sur elle qu'un effet insignifiant, contrairement à ce que l'on observe dans les cas d'ulcère simple de l'estomac.

Or si nous examinons ce qui se passe chez notre malade, nous trouvons qu'il est en hypo-azoturie marquée, comme le témoigne le tableau suivant :

DATE.	Quantité.	Urée.	Chlorure de sodium.	Acide phosphorique.
13 avril. .	1000	16.33	6.50	2.44
14 — . .	800	13.44	4.00	2.06
15 — . .	900	13.34	7.65	2.06
16 — . .	2800	21.10	16.80	2.24
17 — . .	2200	16.58	15.95	1.62
Moyenne des 5 jours.	1540	16.15	10.18	2.08
18 avril. .	3000	15.06	13.50	1.32
19 — . .	2500	21.36	15.00	1.60
20 — . .	1000	11.55	5.50	1.32
21 — . .	1200	8.74	5.10	1.34
22 — . .	1200	11.14	5.70	1.68
Moyenne des 5 jours.	1780	13.57	8.96	1.45

14. Nous avons donc chez notre sujet deux symptômes dont la signification concorde dans le sens du carcinome :

1. L'absence d'HCl libre dans les matières vomies.
2. L'hypo-azoturie.

En tenant compte de l'ensemble des symptômes relevés, nous concluons à l'existence d'une tumeur pylorique ulcérée, de nature maligne.

Clinique du 24 avril 1890.

(Leçon recueillie par M^r FLORISSE HUART, externe du service.)

SOMMAIRE.

N° 59 : Urémie par néphrite parenchymateuse chronique. — **Mort.** **N° 60** : Maladie de Bright, suite d'insuffisance mitrale. **N° 61** : Néphrite aiguë réparatrice à la suite d'infarctus hémorragique rénal. **N° 62** : Rhumatisme articulaire généralisé. — Péricardite. — Traitement par la salicine. **N° 63** : Pleurésie interlobaire. — Pyo-pneumothorax consécutif. — Empyème.

N° 59.

Urémie par néphrite parenchymateuse chronique. — Mort.

1. La malade que vous avez vue aux cliniques des 17 et 22 (n^{os} 50 et 56) a succombé ce matin à l'urémie dont elle a été atteinte le 22.

L'urémie a présenté la forme épileptique, suivie du coma, auquel la malade a succombé. Quand vous l'avez vue à la dernière clinique, elle avait encore des accidents convulsifs irréguliers, tenant de l'agitation clonique que l'on observe souvent dans ces cas plutôt que de l'épilepsie avec son syndrome complet. Elle n'a plus eu de convulsions généralisées.

Les symptômes suivants ont été notés : pupille droite plus contractée que la gauche ; hémiplegie faciale droite incomplète ; déviation conjuguée de la face vers la droite. Sensibilité douloureuse exaltée à droite, normale à gauche. Rétention d'urine. Il y a eu deux selles du lavement évacuant. Le lavement à l'asa foetida n'a pas été gardé. Impossible de faire avaler un médicament.

Le cœur a été examiné et a donné comme étendue de matité la notation suivante : $V \frac{+9}{+1}$. Pas d'autre bruit morbide que du frottement péricardique assez rude.

L'état comateux s'est accentué et a déterminé la mort.

2. L'examen microscopique de l'urine rendue dans la journée du 23 a dénoté la présence de nombreuses cellules épithéliales rénales altérées; elles étaient transparentes, vitreuses, mais présentaient de nombreuses granulations. Pas d'autres éléments morphologiques, sauf un très grand nombre de protozoaires de formes variées.

Cet examen a confirmé une fois de plus le diagnostic posé : néphrite diffuse caractérisée par une altération de tout l'épithélium enchymatique rénal.

La mort est la terminaison constante dans ces cas.

L'autopsie a été refusée.

N° 60.

Maladie de Bright, suite d'insuffisance mitrale.

1. Nous rapprochons du cas qui vient de se terminer par urémie mortelle, celui de la malade qui occupe le lit 7 de la salle 35. C'est Philippine V....., ménagère, âgée de 42 ans, d'une constitution affaiblie, tempérament lymphatique.

Le teint de la malade est légèrement subictérique. La face est inégalement bouffie; les membres supérieurs sont infiltrés et ne gardent guère l'impression du doigt, si ce n'est à une pression profonde et prolongée. OEdème modéré des membres inférieurs.

L'examen de l'urine dénonce une forte proportion d'albumine; le microscope établit encore une fois l'origine rénale de cette albuminurie, en montrant dans l'urine de nombreuses cellules épithéliales rénales, granuleuses, altérées.

2. Il s'agit donc encore une fois d'une des formes graves de néphrite, groupées sous la dénomination de maladie de Bright, et caractérisée par une lésion de l'épithélium enchymatique rénal et sa desquamation; donc incapacité du rein de remplir sa fonction normale.

3. A son entrée à l'hôpital, la malade présentait au devant du tibia

gauche, vers son tiers inférieur, un ulcère atonique ovalaire qui mesurait 7 à 8 centimètres de longueur sur 3 à 4 de largeur; cet ulcère, qui datait de plusieurs années, laissait suinter une abondante quantité de sérosité.

Quelle que soit l'origine de cet ulcère, sa signification était incontestablement celle d'un exutoire qui dégorgeait régulièrement le système lymphatique et rendait la circulation sanguine plus facile, moins obstruée.

Des pansements simples, antiseptiques, à l'eau phéniquée (10^{oo}/_{oo}) ont rapidement guéri l'ulcère. L'état de la malade s'est aggravé et nous avons eu des phénomènes qui se rapprochaient de ceux que vous avez observés dans le cas d'urémie. Toutefois les désordres ont présenté un autre caractère; ils se sont traduits surtout du côté de l'appareil respiratoire : oppression s'accroissant par accès assez vifs, symptômes d'hypersécrétion bronchique (catarrhe bronchique), palpitation et irrégularité du cœur, avec dilatation considérable du cœur droit.

4. La localisation spéciale des désordres vers l'appareil respiratoire tient à l'existence dans ce cas d'une insuffisance mitrale, cause de résistance bronchique et pulmonaire moindre à l'effort morbide.

Nous avons calmé ces symptômes par des vésicatoires appliqués au sternum, des expectorants et des purgatifs.

L'ulcère s'est rouvert, la circulation lymphatique a été modifiée dans un sens favorable.

La malade se trouve actuellement dans un état de calme.

5. Le pronostic est le même que celui que nous avons posé pour la malade qui a succombé à l'urémie. Mais la marche de la maladie est plus lente dans ce cas.

Le traitement consiste dans le régime lacté et dans la prescription suivante :

R. Acid. gallic. 2 grammes,
Mellis comm. q. s. f. s. a. pil. n° X,

dix par jour en cinq fois.

N° 61.

**Néphrite aiguë réparatrice à la suite d'infarctus
hémorragique rénal.**

1. Le hasard des entrées à l'hôpital nous amène au lit du nommé Guillaume S....., maçon, âgé de 27 ans, occupant le lit 12 de la salle 9. C'est un homme d'une constitution robuste, d'un tempérament sanguin.

Il est entré à l'hôpital pour hématurie d'origine rénale, suite d'un refroidissement; il s'est déclaré une hémorragie dont l'origine rénale a été établie par l'examen microscopique de l'urine et par les symptômes généraux.

A la suite de cet infarctus, il s'est établi une néphrite aiguë qui, si elle se présente au point de vue anatomo-pathologique en tant que néphrite avec les mêmes lésions inflammatoires, se distingue absolument des deux formes de néphrite que nous avons examinées.

2. Dans le cas actuel, la lésion est plus limitée; elle n'envahit pas tout le système glandulaire dans un de ses éléments; son siège primitif est limité à un lobule rénal, occupé par l'infarctus hémorragique; le travail inflammatoire est concentré à ce point et il ne détermine dans les lobules voisins d'autre effet de retentissement que celui qu'entraîne par voisinage tout processus de cette nature.

Il en est de l'appareil rénal comme de l'appareil glandulaire mammaire; un lobule peut être atteint, alors que les autres continuent à fonctionner normalement.

3. La desquamation épithéliale se produit dans le cas de cette néphrite réparatrice de la même manière que dans les autres formes de néphrite; mais elle présente cette différence essentielle qu'ici l'épithélium est sain, tandis que dans les deux autres cas l'épithélium était altéré.

Les deux autres éléments morphologiques se rencontrent également ici: les cylindres fibrineux et les globules blancs, et ce phénomène rentre

dans les conditions de la physiologie pathologique de tout processus de néphrite.

Dans les deux cas les cylindres peuvent être isolés ou englober des éléments cellulaires.

4. Le caractère essentiel que l'analyse microscopique a fait ressortir est donc celui-ci : état normal des cellules rénales éliminées.

5. Nous venons de dire que le processus morbide est limité à un lobule du rein et n'empêche pas les autres lobules de continuer à remplir leur fonction. Nous le prouvons par l'analyse chimique de l'urine rendue en vingt-quatre heures ; elle nous renseigne des chiffres d'urée qui vont de 25 à 36 grammes comme moyenne de cinq jours consécutifs ; or, cet homme est soumis à un régime lacté et ce chiffre d'urée implique un travail convenable de l'épithélium rénal des lobules intacts.

Il en était tout autrement, vous vous le rappelez, chez les deux autres malades qui ne nous donnaient que 6 à 12 grammes d'urée par jour.

6. Il résulte de là que chez notre malade actuel, s'il y a un lobule rénal atteint, les autres continuent à fonctionner comme à l'état normal et remplissent la fonction dépuratrice qui leur est dévolue. La conclusion, c'est un pronostic absolument favorable dans le cas actuel, le contraire de celui que nous avons dû poser dans les deux autres cas, où il y a fatalement destruction de l'organisme.

7. *Traitement.* — Que faire dans des cas de ce genre ?

Limiter avant tout l'extension du travail qui a présidé à l'infarctus hémorragique rénal, et pour cela couvrir toute la région rénale de ventouses sèches (20 à 30), à répéter les jours suivants.

En même temps, employer des agents styptiques à l'intérieur. Vous avez à choisir entre de nombreux agents. Nous avons administré l'acide gallique.

R. Acid. gallic. 2 grammes,

Mell. comm. q. s. f. s. a. pil. n° XX,

dix par jour (en cinq prises).

Vous pourriez prescrire :

R. Perchloruret ferr. liq. 1 à 2 grammes,

Aq. comm. dist. 200 grammes,

par cuiller à soupe toutes les deux heures.

Vous avez à votre disposition d'autres agents : ergot en poudre, ergotine en potion, le sous-acétate de plomb (5 centigrammes par jour en cinq pilules), l'extrait de ratanhia (2 à 3 grammes par jour en potion), etc.

Parmi les moyens hypodermiques, vous avez l'ergotinine de Tanret en injections hypodermiques; c'est un agent utile.

8. Quand l'hémorragie sera arrêtée, nous prescrivons des préparations sudorifiques végétales : thé de sureau, ou infusion de sureau additionnée de roob de sureau.

Régime lacté.

N° 62.

Rhumatisme articulaire aigu généralisé. — Péricardite.

Traitement par la salicine.

1. La malade que vous voyez au lit 12 de la salle 35, la nommée Olga B....., servante, âgée de 30 ans, constitution bonne, tempérament sanguin, est entrée le 22 avril 1890 à l'hôpital pour une atteinte de rhumatisme articulaire aigu généralisé.

Toutes les articulations sont atteintes, aussi bien celles qui relient les os que l'articulation cardiaque et les gaines tendineuses; celles-ci représentent de véritables surfaces articulaires tant au point de vue physiologique qu'au point de vue de la médecine. Les articulations des deux mains sont surtout entreprises et c'est cette atteinte qui donne au cas que vous observez un aspect particulier. Comme les gaines tendineuses participent du travail morbide qui atteint les articulations osseuses, il en résulte que la main présente la forme de griffe et que par certains de ses caractères

elle se rapproche de la forme que l'on a désignée sous le nom de *rhumatisme nouveau*. Elle en diffère parce que le début de cette dernière forme est généralement insidieux et sa marche chronique, tandis que chez notre malade il y a eu un début franchement aigu.

Le péricarde est atteint d'une manière prononcée; c'est l'élément sérieux de ce cas, bien que pour le moment la malade n'accuse aucun symptôme du côté du cœur et que l'entreprise péricardique ne soit reconnue qu'au frottement rude; pas d'épanchement.

2. Nous avons donné à la malade qui est soumise à la diète absolue de la salicine à la dose de 4 grammes par jour.

R. Pulv. salicin. 10 grammes,
Div. in dos. aeq. n° XX,

huit par jour.

C'est sous la forme de salicine que le traitement salicylé a fait son entrée dans la pratique médicale.

Nous avons toujours eu recours de préférence à l'acide salicylique à la dose de 3 à 4 grammes par jour. Depuis quelque temps la préparation de l'acide salicylique laisse à désirer et donne un produit moins pur, qui est moins bien supporté par l'estomac; pour ce motif nous employons aujourd'hui la salicine.

Celle-ci pour agir dans les cas aigus doit être donnée à des doses de 3 à 4 grammes par jour; les doses de 2 grammes par jour indiquées dans les ouvrages ont été insuffisantes pour nous donner un effet véritablement utile.

L'acide salicylique *pur* est toujours une excellente préparation; nous l'employons encore, mais seulement quand nous sommes sûrs de sa pureté. Il n'a d'autre inconvénient que son insolubilité dans l'eau et l'action irritante qu'il exerce sur la muqueuse du pharynx; elle provoque une toux rageuse très douloureuse pour le rhumatisant et qui se prolonge parfois pendant une heure. Les deux inconvénients sont levés en administrant l'acide salicylique dans des cachets Limousin.

Quant au salicylate de soude, son action nous a toujours paru être inférieure comme activité à celle de l'acide salicylique.

3. Les conditions générales de la malade sont plus satisfaisantes aujourd'hui, ce que nous attribuons surtout au repos complet dont elle jouit à l'hôpital depuis deux jours.

4. On rencontre souvent dans les cas de rhumatisme articulaire aigu des accidents nerveux réflexes, que l'on a désignés sous le nom de ménin-gite rhumatismale.

Ces accidents sont le plus souvent la traduction d'une entreprise très violente du cœur; aussi est-ce de ce côté que vous devez porter votre attention quand ils se produisent. Vous devez agir par des agents révulsifs (vésicatoires), appliqués à la région précordiale, et des purgatifs.

5. Cette intervention énergique au niveau de l'articulation cardiaque est contraire au principe général qui guide la thérapeutique du rhumatisme articulaire aigu. En thèse générale, ne traitez l'articulation malade de rhumatisme que par des préparations calmantes : huiles calmantes, ouate, etc. Ne cherchez pas à guérir les manifestations articulaires périphériques par des moyens locaux; vous arriveriez facilement à ce résultat. Mais l'observation a établi que dans ces cas la maladie n'est que déplacée et que fort souvent elle atteint alors des organes internes et le fait dans des conditions immédiatement dangereuses. Il se produit ce que l'on désigne sous le nom de *métastase rhumatismale*; ce nom n'indique qu'un fait et ne doit pas être considéré comme une explication.

Quand vous aurez ainsi, en guérissant une manifestation périphérique douloureuse, mais non dangereuse, réussi à provoquer une localisation interne du rhumatisme (cœur, cerveau, moelle), il vous sera très difficile, parfois même impossible de rappeler l'activité prédominante du principe morbide vers des parties périphériques moins dangereuses.

De là l'utilité pratique de ne pas poursuivre localement la guérison d'une manifestation rhumatismale articulaire aiguë.

6. Cette règle de conduite prudente ne trouve pas son application

quand les organes internes sont violemment entrepris. Ici le danger est imminent et vous devez intervenir par des agents révulsifs qui calment la localisation dangereuse. Le déplacement du mal, la métastase, n'est plus à redouter, puisqu'il y a déjà danger imminent.

Vous recourrez alors à de larges vésicatoires au devant du cœur, à des purgatifs, à des sangsues appliquées au creux épigastrique.

Nous reviendrons sur ce cas.

N° 63.

Pleurésie interlobaire. — Pyo-pneumothorax consécutif. — Empyème.

1. Le dernier malade que le temps nous permet de vous montrer aujourd'hui est un cas d'une nature toute autre.

Adolphe H., typographe, âgé de 37 ans, constitution affaiblie, tempérament lymphatique, est entré à l'hôpital il y a peu de jours pour une maladie de poitrine, contractée il y a quelques mois; il crachait environ un litre de mucos-pus dans les vingt-quatre heures et était réduit à un état d'émaciation extrême que vous constatez.

2. Le diagnostic anatomo-pathologique s'imposait : le malade était atteint d'une vaste excavation intrathoracique à parois purulentes.

Cette excavation a été constatée par l'exploration complète de la poitrine; nous n'en détaillons pas les signes qui vous ont été déjà signalés.

Un point plus intéressant nous occupe : où siège cette excavation? Est-elle pulmonaire? Est-elle pleurale?

A priori, deux caractères sont de nature à nous faire croire à un siège extra-pulmonaire et pleural :

1° C'est d'abord l'abondance extrême du pus rendu qui mesurait au moins un litre en vingt-quatre heures; c'est un élément qui doit toujours reporter la pensée vers une poche pleurale; ce n'est pas toutefois un signe certain.

2° Le second signe réside dans le caractère de l'expectoration; elle est constituée en majeure partie par de la sérosité louche, trouble, dans laquelle nagent des masses purulentes compactes et de forme irrégulière.

Ce caractère n'a pas non plus une importance absolue; toutefois il en offre assez pour que nous devions fixer votre attention sur lui, parce que presque toujours il nous a permis de reconnaître à première vue le pyo-pneumothorax.

S'il se rencontre avec une abondance extrême de matière expectorée, sa signification est presque certaine comme indice de cette lésion.

3. Des signes plus positifs et plus directs nous ont amené ici à ce dernier diagnostic. C'est d'abord le siège de la cavité purulente; elle occupe les $\frac{3}{4}$ inférieurs de la poitrine droite; le sommet est intact.

D'autre part le souffle amphorique à retentissement métallique occupe le même siège et si vous vous élevez un peu vers la limite supérieure de la vaste caverne, vous trouverez des râles sous-crépitaux et muqueux à origine bronchique, qui dénotent que la poche n'a pas détruit l'ensemble des lobes moyen et inférieur droits, mais s'est borné à refouler ces organes.

Nous concluons donc à une vaste poche purulente pleurale, qui s'est ouverte dans la cavité des bronches et qui s'évacue par cette voie sous forme de vomiques répétées.

4. Notre diagnostic n'est pas encore complet: où cette poche a-t-elle pris naissance? Pour le savoir, nous devons nous adresser aux commémoratifs. Le malade nous renseigne que le début de sa maladie s'est traduit par les symptômes habituels du refroidissement, caractérisés surtout par une toux sèche très fatigante, de la fièvre et un point de côté assez violent à droite. Cet état s'est prolongé assez longtemps et l'a rendu incapable de se livrer à son travail. Puis brusquement il a eu une vomique.

Les symptômes sont explicites; ils dénotent comme point de départ une pleurésie; mais la forme habituelle de la pleurésie l'aurait obligé de réclamer immédiatement les soins de l'hôpital, parce que les symptômes de la pleurésie pariétale sont trop encombrants pour permettre le séjour chez soi. L'épanchement pleural qui se produit constamment dans ces cas

aurait déterminé une oppression telle que nous l'aurions vu ici beaucoup plus tôt.

Il est une forme de pleurésie beaucoup plus perfide; c'est celle qui occupe la plèvre interlobaire et qui se rencontre fréquemment dans le repli pleural qui pénètre entre les lobes moyen et inférieur du poumon droit. Cette forme de pleurésie ne détermine pas en général au début d'oppression très vive; elle ne s'accompagne pas d'épanchement dans la grande cavité pleurale. Elle s'enkyste et détermine ainsi la formation d'une cavité kystique entre les deux lobes voisins; cette cavité s'accroît rapidement et de plus presque toujours son contenu passe à suppuration.

5. Où s'ouvre-t-elle? Le plus souvent de deux côtés: dans la grande cavité pleurale et dans les bronches.

Quand elle s'ouvre dans la grande cavité pleurale, on a l'état que l'on désigne en pratique sous le nom de *perforation de la plèvre*.

Il est caractérisé par une douleur suraiguë, perçante, qui se déclare subitement, parfois pendant un effort de toux. Le pus se répand alors dans la cavité pleurale costo-pulmonaire.

Quand elle s'ouvre dans une bronche, on a l'état que l'on désigne en pratique sous le nom de *vomique*.

Le malade qui n'avait guère d'expectoration rend brusquement une grande quantité d'un pus très fétide et le rend par une sorte de vomissement.

C'est cette double terminaison que la pleurésie interlobaire a présentée chez notre sujet.

6. Un dernier point de diagnostic doit être tranché: le liquide expectoré renferme-t-il des bacilles tuberculeux? C'est à l'examen bactériologique que nous demanderons la réponse à cette question.

Nous ferons cet examen; mais avant d'attendre les résultats qu'il nous donnera, nous avons une chose plus importante à faire: c'est de venir au secours de notre malade et de l'empêcher de mourir.

Quelle que soit la réponse que la bactériologie nous donnera, il y a urgence à intervenir et la ligne de conduite du praticien est toute tracée.

Le malade est dans un état d'émaciation extrême; il rend par vomique plusieurs fois par jour de grandes quantités de pus infect. Ces efforts incessants de vomissement déterminent et entretiennent chez lui un état lypothimique qui le constitue en danger permanent de mort subite par syncope; d'autre part, l'exposition constante de sa muqueuse respiratoire à l'action des gaz et produits méphitiques auxquels la caverne donne naissance le maintient dans un état d'auto-intoxication qui accentue incessamment ses ravages : il est dans la situation d'un homme qui respire en se tenant constamment au-dessus d'un foyer putride.

Il y a danger de syncope mortelle, donc nécessité urgente d'intervenir, quel que soit le résultat de l'examen bactériologique.

7. La ligne d'intervention est nettement tracée; il faut ouvrir au pus une issue autre que celle des bronches et de la bouche, en pratiquant l'opération de l'empyème.

M^r Valère Beaumez, interne du service, a pratiqué l'opération hier, en ayant recours au procédé que nous suivons habituellement. D'abord la ponction exploratrice au moyen de l'aiguille la plus forte de l'appareil de Potain. L'aspiration a amené du pus; nous l'avons arrêtée.

M^r Beaumez s'est servi de l'aiguille laissée en place comme d'une sonde cannelée et il a pénétré avec le bistouri droit dans la plèvre à travers le septième espace intercostal droit sur la ligne axillaire médiane en ayant soin de longer le bord supérieur de la côte inférieure. Il a pratiqué ainsi avec les précautions que la médecine opératoire vous indique une incision de 3 centimètres de largeur.

Cette ouverture a donné issue à un flot de pus sanieux extrêmement fétide.

M^r Beaumez a complété l'opération en introduisant immédiatement par la plaie deux sondes vésicales à travers lesquelles il a injecté dans la cavité purulente de l'eau phéniquée (10^{oo}/_{oo}).

Après avoir pratiqué ce lavage, il a retiré les sondes pour les remplacer

par le système des doubles tubes en caoutchouc fixés à une armature de caoutchouc, que vous nous voyez appliquer dans tous ces cas.

M^r Beaumez a constaté une légère hémorragie dans les lèvres de la plaie; il s'est borné à glisser dans la plaie sous les tubes une mèche imbibée d'eau hémostatique de Pagliari, qui a suffi pour arrêter l'hémorragie.

Puis il a administré à son malade la potion habituelle dans ces cas :

R. Liq. anod. Hoffman. 3 grammes,
Laud. liq. Sydenh. 1 gramme,
Aq. com. dist. 200 grammes,

une cuiller à soupe toutes les deux heures.

Comme régime, 200 grammes de vin, bouillon, viande.

8. L'opération a été faite hier. Vous voyez le malade qui est transfiguré. La température est restée à 37° hier soir et l'état est des plus satisfaisants.

Nous y reviendrons. Pour le moment nous nous bornons à vous signaler le cas comme un type de ces cas très nombreux que l'on groupait dans la catégorie de la tuberculose pulmonaire et qu'un diagnostic plus précis permet aujourd'hui de ranger sous une rubrique moins fatale : celle d'une caverne pleurale à origine inflammatoire, ayant crevé dans la bronche, donnant naissance à une expectoration des plus abondantes, mais curable par une intervention rationnelle.

Clinique du 26 avril 1890.

(Leçon recueillie par M^r VALÈRE BEAUMEZ, interne du service.)

SOMMAIRE.

N^o 64 : Fièvre typhoïde. — Phlébite de la veine crurale gauche pendant la convalescence. — Phlegmasia alba dolens. N^o 65 : Fièvre typhoïde à évolution normale. N^o 66 : Tremblement mercuriel par empoisonnement professionnel. N^o 67 : Tremblement alcoolique. N^o 68 : Fièvre typhoïde (un foyer localisé).

N^o 64.

Fièvre typhoïde. — Phlébite de la veine crurale gauche pendant la convalescence. — Phlegmasia alba dolens.

1. Vous revoyez ici le malade dont vous avez eu l'occasion de suivre l'histoire (n^{os} 47, 48 et 54). C'est le nommé Joseph Van M....., couché lit 3 de la salle 7.

Il a été atteint de fièvre typhoïde dans le cours de laquelle il a contracté une pneumonie grave qui a passé à résolution. La fièvre typhoïde a suivi la marche régulière et est arrivée à la période de réparation.

2. Deux accidents se sont produits dans le cours de la convalescence. Nous vous avons signalé le premier qui s'est produit le 17 avril sous la forme d'un foyer de phlébite dans la veine cubitale gauche. Il s'est déclaré à la face interne du poignet gauche un noyau inflammatoire très douloureux, avec retentissement le long de la face interne de l'avant-bras. Ce foyer est heureusement resté localisé et s'est terminé en quelques jours par résolution sous l'influence d'une pommade mercurielle belladonnée ($\frac{2}{30}$) et de cataplasmes émollients.

3. Le deuxième accident s'est produit immédiatement après sous la forme de phlébite de la veine crurale gauche. Il en est résulté un œdème

considérable de la jambe gauche, offrant tous les caractères de la *phlegmasia alba dolens*. La souffrance, assez vive au début, a disparu aujourd'hui et il ne persiste que l'œdème.

4. La phlébite se rencontre assez souvent dans le cours de la convalescence de la fièvre typhoïde; nous en avons observé un cas l'année dernière où la veine porte a été entreprise. La forme de phlébite que vous rencontrez ici est plus fréquente dans les accidents qui compliquent les suites de couches et constitue alors la *phlegmasia alba dolens*, dans le sens le plus généralement connu.

5. Le traitement de la phlébite comporte la plus grande prudence; l'indication principale à remplir est d'assurer le repos au membre malade par la position horizontale et la tranquillité aussi absolue que possible. Vous appliquerez une légère contention au moyen d'un bandage ouaté, en évitant la compression à cette période initiale de la phlébite; la compression doit être évitée parce que la circulation veineuse superficielle doit prendre un grand développement pour suppléer à l'arrêt de la circulation profonde. Si vous parvenez à déterminer le siège précis de la phlébite, vous y appliquerez une pommade résolutive (iodurée ou mercurielle belladonnée) et un cataplasme émollient.

Vous éviterez soigneusement toute tentative de massage ou de pression sur le trajet de la veine, par crainte de provoquer la rupture du caillot et la constitution d'une embolie qui pourrait entraîner les suites les plus graves.

L'affection passe le plus souvent à résolution, mais avec une grande lenteur. Vous devez toujours évaluer à six ou sept mois le retour intégral de la circulation normale, c'est-à-dire la disparition de l'œdème, et cela dans les conditions les plus favorables. J'ai vu un cas où l'œdème a duré plus d'un an.

Quand la période inflammatoire est passée, vous appliquerez au membre atteint un bandage à compression méthodique et régulière, d'après les principes que l'on vous indique en chirurgie. Vous le remplacerez plus tard par un bas élastique, que le malade devra continuer à porter pendant plusieurs mois.

6. Une question de pathogénie des plus importantes pour la pratique est celle de la détermination de la cause de cette phlébite; nous y reviendrons à un autre examen. Bornons-nous pour le moment à signaler à votre attention l'importance capitale de s'assurer de l'état de l'endocarde dans toute complication de l'ordre de celle que vous avez ici sous les yeux.

N° 65.

Fièvre typhoïde à évolution normale.

1. Vous revoyez au lit 5 de la salle 7 le nommé J (voir n° 55) atteint de fièvre typhoïde à processus sans complication. Les traits du malade restent immobiles, sans expression; et cette particularité frappe surtout l'attention à cause du contraste qu'elle offre avec la mobilité vague et indéterminée des yeux.

Les lèvres, qui n'ont jamais présenté d'herpès, sont couvertes de fuliginosités.

Les nuits sont calmes, avec un peu de rêvasseries; symptômes thoraciques et entériques modérés.

La régularité de la marche de la maladie est établie par le tableau suivant de la température :

Dates.	Matin.	Soir.
18 avril	»	39.6
19 —	38.6	39.6
20 —	38.0	39.8
21 —	39.0	39.6
22 —	39.0	39.1
23 —	39.0	39.3
24 —	38.6	38.8
25 —	38.0	39.8
26 —	39.0	39.4

N° 66.

**Tremblement mercuriel par empoisonnement
professionnel.**

1. Je viens de faire entrer dans la salle 9 où vous vous trouvez, le nommé Joseph M....., pour vous permettre d'apprécier la marche de ce malade. Quand il est entré, vous avez remarqué qu'il était agité d'un tremblement des plus marqués des membres inférieurs; les jambes étaient irrégulièrement projetées de droite et de gauche par suite de ce tremblement et, de plus, l'application du pied sur le sol se faisait inégalement, sans constance dans un sens déterminé.

Tel qu'il est assis en ce moment, il est dans l'immobilité la plus complète; pas de trace de tremblement. Demandez-lui de vous tendre la main; le bras tout entier est agité de mouvements désordonnés par ataxie musculaire. Dites-lui de boire, il renversera à moitié le verre qu'il tient à la main et s'il veut le rapprocher de ses lèvres, la tête participe au tremblement du membre supérieur et ce n'est qu'avec la plus grande difficulté et par hasard qu'il parvient à porter le verre à sa bouche; à ce moment les joues et les lèvres sont agitées aussi de mouvements désordonnés.

2. Cherchez à apprécier ces symptômes, vous arrivez à les considérer tout d'abord dans leur caractère extérieur comme un mode de tremblement musculaire, qui ne se produit que quand le malade veut exécuter un mouvement volontaire déterminé.

3. On rencontre ce mode de tremblement dans deux cas :

- 1° La sclérose en plaques disséminées;
- 2° L'intoxication mercurielle.

Nous avons à déterminer la cause par un examen plus complet.

4. Le malade Joseph M....., âgé de 52 ans, constitution affaiblie, tempéramment nerveux, exerce le métier de coupeur de poils et est

exposé à des émanations mercurielles. Vous êtes déjà renseigné sur l'existence d'une des deux causes qui président à ce mode de désordre de la motilité. Un examen plus complet vous permet d'exclure la sclérose en plaques disséminées.

Nous sommes donc ramené comme facteur étiologique à l'intoxication mercurielle professionnelle.

5. Vous connaissez déjà une des manières d'être de l'intoxication mercurielle. C'est la stomatite mercurielle pouvant aller à l'ulcération, que l'on observe à la suite du traitement hydrargyrique de la syphilis, soit par la voie interne soit par la voie épidermique ou endermique.

Vous provoquez ce même état d'empoisonnement dans un but thérapeutique en donnant le calomel par doses fractionnées dans certaines affections (méningite, péritonite).

C'est en somme toujours par les muqueuses digestives ou les organes de la peau que le mercure est introduit dans l'économie dans ces formes d'intoxication.

Vous savez aussi que le traitement à opposer à ces manifestations toxiques consiste à donner le chlorate de potasse à l'intérieur en potion ($\frac{3}{200}$) et en gargarisme ($\frac{15}{300}$).

6. A côté de cette forme d'intoxication, il en est une autre plus grave, que vous avez plus rarement l'occasion d'observer : c'est celle où la pénétration du mercure s'opère par la muqueuse des voies respiratoires. Vous rencontrez les conditions favorables à ce mode de pénétration dans certaines professions qui exposent l'ouvrier à des poussières de préparations mercurielles des plus ténues. Dans ces cas le mercure pénètre par les voies respiratoires, il est repris directement par le sang qui se rend au cœur gauche.

Ce mode d'introduction de l'agent toxique lui permet de pénétrer directement dans l'économie sans passer par l'appareil dépurateur hépatique qui se trouve placé sur le trajet du système porte. Le foie a pour mission préservatrice d'arrêter et de fixer les préparations métalliques qui pénètrent par les voies digestives : c'est le cas pour l'arsenic, l'anti-

moine, le plomb; c'est encore le cas pour le mercure. Il en résulte que l'économie ne subit pas directement l'action du métal; il y reste fixé en partie, comme l'analyse chimique le démontre dans les recherches de physiologie expérimentale et de médecine légale. Ce qui passe par le système des veines sus-hépatiques est réduit à l'état d'albuminate moins toxique, et peut ainsi exercer un effet thérapeutique directement utile.

7. Il résulte de ces considérations que *a priori* on peut s'attendre à voir se traduire les effets du mercure de deux manières différentes suivant le mode d'introduction.

8. Il est un autre point sur lequel nous appelons votre attention : c'est la nature de la préparation mercurielle.

Vous introduisez par les voies digestives, l'épiderme ou le derme des préparations mercurielles nettement définies et à des doses qui sont en définitive assez élevées et massives; même quand vous recourez au traitement par doses fractionnées du calomel, vous introduisez l'agent thérapeutique par centigramme, à la fois.

Dans les cas d'intoxication professionnelle, il n'en est pas de même; la pénétration s'opère par des doses que j'appellerais infinitésimales, si ce mot n'avait pas reçu une signification exclusive par suite de certaines idées systématiques; en tout cas, les doses qui pénètrent sont des plus réduites et sont directement reprises par le sang sans passer par le filtre enchymatique intra-lobulaire hépatique.

D'autre part, ce travail, facteur morbide insignifiant quand il est isolé, acquiert une importance plus grande quand il est maintenu pendant longtemps. C'est le cas pour les ouvriers qui exercent certaines professions : coupeurs de poils, préparateurs de piles, distillateurs du cinabre, etc. Le mercure agit ici par pénétration continue, régulièrement continue pendant des années; et ce qui était insignifiant à l'état isolé, comme la goutte d'eau isolée, devient comme cette dernière la cause des désordres les plus étendus par sa répétition incessante.

Nous avons noté l'année dernière ces mêmes particularités pour le plomb.

9. C'est le cas pour notre ouvrier, qui exerce son métier de coupeur de poils depuis 40 ans. Il y a un grand nombre d'années il a eu une légère irritation gingivale qui n'a guère duré. Depuis 20 ans, il a commencé à noter du tremblement qui s'est accentué peu à peu, pour finir par le degré exagéré que nous observons en ce moment.

10. Le traitement à instituer dans des cas de ce genre comprend une médication interne et des bains.

La médication interne consiste dans l'emploi des iodures :

R. Ioduret kal. 3 grammes,

Aq. comm. dist. 200 grammes,

par cuiller à soupe toutes les deux heures.

La médication externe est remplie par l'usage deux ou trois fois par semaine des bains sulfureux.

N° 67.

Tremblement alcoolique.

1. François F. , cordonnier, âgé de 59 ans, que nous vous montrons à côté du malade que vous venez d'examiner est atteint d'une autre variété de tremblement, la forme alcoolique. La marche de ce sujet est différente de celle que vous avez observée tantôt; il y a de l'hésitation, de la faiblesse dans les mouvements des jambes, plutôt que du tremblement. Le même caractère domine le tremblement des autres régions. Les mains, la tête et la langue participent de ce trouble de la motilité et si vous analysez le phénomène dans ses caractères objectifs, vous constatez que le spasme clonique intéresse des fibres isolées, tout autant, si pas plus que le muscle dans sa totalité. C'est un caractère distinctif très important et qui dénote que le muscle est atteint dans sa structure intime par le poison alcoolique plus encore que par le mercure.

2. Nous nous bornons à prescrire à ce malade une potion tonique à l'extrait de quinquina ($\frac{3}{200}$).

N° 68.

Fièvre typhoïde en foyer localisé.

1. La famille W..... dont vous avez vu quatre sujets atteints de fièvre typhoïde, se trouve dans un état satisfaisant.

2. Deux des enfants sont à la période de convalescence; ils sont soumis à un régime tonique et au quinquina.

Nous profitons de leur séjour à l'hôpital pendant un certain temps encore pour prévenir la calvitie irrégulière qui succède aux fièvres aiguës; pour cela nous faisons raser la tête et nous enduisons le cuir chevelu de pommade de Dupuytren (voir n° 10, page 42). Grâce à ce procédé, quand les enfants quitteront l'hôpital, les cheveux auront repoussé avec vigueur.

3. La mère est toujours à la période aiguë de la maladie; la température varie de 39° à 40°. Même caractère de la face : stupeur des traits et mobilité indifférente du regard. L'éruption rosée lenticulaire est toujours abondante. La malade continue à se plaindre de rachialgie cervicale. Diarrhée modérée.

4. Jeanne W....., âgée de 16 ans, est la plus souffrante. C'est elle qui a présenté les symptômes méningés que vous avez notés à un examen précédent. La température ne fléchit guère au-dessous de 40°, mais ne dépasse pas 41°. La stupeur est des plus prononcées et les nuits sont toujours agitées de délire. La douleur du ventre est toujours très vive; de là la position que la malade choisit d'instinct : genoux fléchis sur le ventre. Le ballonnement est uniforme et les taches rosées lenticulaires sont abondantes. La langue est volumineuse, crénelée sur les bords par l'impression des dents. Il y a chez elle moins de diarrhée que chez la mère; il n'y a pas eu de selle depuis vingt-quatre heures.

5. A propos de ce cas, nous avons appris que la maison qu'ils habitent est occupée par seize locataires, cinq personnes habitant les premier et

deuxième étages ont été atteintes d'abord par la maladie; puis deux enfants W,..... l'ont contractée et la mère a refusé de les conduire à l'hôpital.

Les trois autres personnes ont été infectées ensuite, ce qui porte à dix personnes sur un total de seize locataires de la maison le nombre des victimes de cette épidémie qui est restée localisée et ne s'est pas étendue au voisinage.

Nous avons demandé au bureau d'hygiène des renseignements sur la cause de cette épidémie; nous vous les ferons connaître quand nous les aurons reçus.

Clinique du 29 avril 1890.

(Leçon recueillie par M^r VALÈRE BEAUMEZ, interne du service.)

SOMMAIRE.

N^o 69 : Rhumatisme articulaire aigu généralisé. — Emploi de la salicine.

N^o 70 : Gomme syphilitique de la région lombaire — Hémiplegie de la jambe droite. N^o 71 : Hystérie simulant la maladie de Morvan. — Éruption d'herpès sur la moitié droite de la face. N^o 72 : Fièvre typhoïde adynamique. N^o 73 : Fièvre typhoïde à forme cérébrale. N^o 74 : Ivresse simulant l'apoplexie cérébrale. N^o 75 : Dilatation du cœur par myocardite. — Insuffisance mitrale, anasarque, albuminurie.

N^o 69.

Rhumatisme articulaire aigu généralisé. — Emploi de la salicine.

Vous retrouvez Olga B....., que vous avez vue le 24 avril (n^o 62). Son état s'est notablement amélioré par l'emploi de la salicine à la dose de 4 grammes par jour (par doses de 50 centigrammes). Les articulations sont assez libres pour lui permettre d'exécuter facilement et sans douleurs les mouvements que vous lui voyez faire; les gaines tendineuses des doigts sont libérées, de même que les autres articulations, et la malade peut fléchir et étendre tous les doigts; la main a perdu la forme de main en griffe immobile qui vous a surtout frappé. Du côté du péricarde, même débarras que du côté des autres articulations.

En résumé, résultat rapide et favorable.

Nous continuons encore la salicine à la même dose pour prévenir le retour si fréquent des manifestations. Mais comme la température vespérale ne dépasse pas 38°, nous commençons l'alimentation par le bouillon, le laitage et le pain.

N° 70.**Gomme syphilitique de la région lombaire. —
Hémiplégie de la jambe droite.**

Vous avez examiné à plusieurs reprises la malade que nous retrouvons ici. Valérie, lors d'une de nos visites, était atteinte de péritonisme. Cette complication a cédé à l'emploi de l'extrait thébaïque (0,05 en potion) et de la pommade mercurielle belladonnée ($\frac{2}{30}$) appliquée sur le ventre.

Les symptômes de compression sur la moitié droite de la région lombaire de la moelle persistent encore.

Nous soumettons la malade à l'emploi de l'iodure de potassium à la dose de 2 grammes par jour.

Son état général reste satisfaisant et l'appétit se conserve. Pas de symptômes vésicaux ni intestinaux.

N° 71.**Hystérie simulant la maladie de Morvan. — Éruption
d'herpès sur la moitié droite de la face.**

L'évolution des troubles nutritifs de l'épiderme continue et reste toujours limitée à la moitié droite du corps. Elle intéresse aujourd'hui le voisinage de la commissure labiale droite. Elle se présente toujours sous la forme décrite au n° 57.

Elle affecte une disposition spéciale au membre inférieur et au bras ; sa direction est transversale et présente l'apparence de débris de jarretière ou de bracelet, encerclant incomplètement le membre.

N° 72.

Fièvre typhoïde à forme adynamique.

1. La nommée D....., épouse W....., qui occupe le lit 14 de la salle 37, est la malade que vous avez vue le jour de son entrée (n° 68).

La stupeur générale est moins prononcée et la température du soir a un peu baissé; elle est actuellement à 39°.

2. Un symptôme attire votre attention : c'est la voix nasonnée. Cela tient à l'engorgement du système conjonctif réticulé qui existe à la gorge sous la forme de follicules lymphatiques et dans le nez sous une forme étalée. Cet engorgement détermine le boursoufflement de toute la muqueuse de cette région et gêne les mouvements musculaires qui complètent l'articulation nette de la parole.

3. La prolifération des globules blancs est la caractéristique anatomique essentielle de la fièvre typhoïde et se traduit à toutes les régions du corps où existent les globules blancs; de là le caractère général des localisations typhoïdes.

Vous connaissez deux des sièges principaux des globules blancs : le tissu conjonctif réticulé et le sang.

Ces deux systèmes organiques sont intéressés au même titre, quoique à un degré différent dans l'évolution de la fièvre typhoïde. Les follicules lymphatiques sont surtout entrepris, partout où ils existent : on en trouve dans l'intestin, dans la rate, dans la gorge, dans le vagin. A certains de ces sièges, ils ont une tendance presque constante à se résoudre : rate et muqueuses pharyngée et tonsillaire. Ailleurs ils sont parfois, mais rarement, le siège d'éclatement qui laisse à sa suite des surfaces ulcérées : c'est le cas pour les follicules de la partie supérieure du vagin. J'appelle votre attention sur cette dernière localisation, parce que j'ai eu l'occasion de l'observer à deux reprises comme le point de départ d'un épithéliome du col utérin, qui a entraîné la mort de la malade dans un délai de deux ans. Il y a donc lieu de surveiller les leucorrhées rebelles qui persisteraient après le cours d'une fièvre typhoïde.

A d'autres sièges l'éclatement est constant : c'est le cas pour les follicules intestinaux.

4. Du côté de l'appareil sanguin, la leucocythose constante de la fièvre typhoïde trahit de ce côté la prolifération des globules blancs ; mais elle y présente en général un caractère peu marqué qui est du reste commun à toutes les formes de fièvre éruptive.

5. Le processus morbide chez cette malade est normal, quoique intense. Nous nous bornons à la diète et au mucilage de racine de salep.

N° 73.

Fièvre typhoïde à forme cérébrale.

1. La deuxième malade du même foyer épidémique de la rue de Flandre est Jeanne W....., âgée de 16 ans, constitution forte, tempérament sanguin. Elle occupe le lit 16 de la salle 37, voisin de celui de sa mère.

La maladie présente ici un caractère différent. Chez la mère c'est la stupeur et la tranquillité qui dominant. Chez la fille, c'est la stupeur et l'animation. Les deux symptômes, comme vous le voyez, ne s'excluent pas : la figure exprime la stupeur et présente le caractère spécial à tous ces cas : c'est l'immobilité presque absolue de la face ; les muscles ne bougent pas ou n'exécutent que des mouvements d'ensemble simulant une grimace. Le regard est vague ; il ne fixe rien, mais se tourne un peu partout. La malade est agitée ; elle a eu du délire la nuit et même une partie de la journée ; la température atteint 41°3.

Il y a donc eu prédominance des symptômes cérébraux à son entrée ; en même temps, vous avez noté l'absence de diarrhée ; l'intestin était cependant entrepris, comme l'établissent le ballonnement du ventre et la position fléchie des membres sur l'abdomen.

Un symptôme qui a été considéré comme rassurant est l'abondance de l'éruption rosée lenticulaire.

2. Aujourd'hui, après deux jours de repos à l'hôpital, sous l'influence de la diète et d'un lavement, la situation a changé ; les symptômes cérébraux

sont beaucoup moins marqués, bien que la fièvre reste également vive. Mais les symptômes abdominaux se sont accentués ; le ballonnement du ventre a augmenté et la diarrhée s'est établie. C'est un symptôme favorable, en ce sens qu'il reporte l'effort morbide prédominant vers le siège habituel de la fièvre typhoïde. Cependant le pronostic reste toujours réservé.

3. Comme traitement, nous appelons votre attention sur les points suivants :

1° Diète absolue. Boisson : de l'eau ;

2° Lotions froides par tout le corps avec de l'eau froide (15° à 20°), alcoolisée ou aromatisée ; par l'application générale du froid à toute la surface du corps, on détermine une action réflexe favorable du côté des centres nerveux. Il m'est arrivé souvent de ne parvenir à obtenir le sommeil dans le cours d'une fièvre typhoïde de cette forme que par les lotions froides et dans certains cas par l'emploi du maillot. Pour obtenir cet effet calmant, il est nécessaire que la température de l'eau ne dépasse pas 15° à 20° ;

3° Administration de la potion saline suivante :

R. Sulfat sod. 5 grammes,

Aq. comm. dist. 200 grammes,

par cuiller à soupe toutes les deux heures.

4° Repos complet et absolu ; défense de recevoir des visites ;

5° La température de la chambre ne peut pas dépasser 17° au maximum ; peut osciller de 15° à 17°.

Une température trop élevée dans la chambre expose à des accidents pulmonaires ou cérébraux.

Renouveler fréquemment l'air.

6° Placer le malade de manière à ce qu'il ne soit pas gêné par la lumière ; difficile à réaliser à l'hôpital. Éviter de placer dans son voisinage des objets trop brillants (glaces, etc.), qui sont souvent le point de départ d'hallucinations.

N° 74.

Ivresse simulant l'apoplexie cérébrale.

1. Le malade que vous voyez ici au lit 15 de la salle 7 a été ramassé dans la rue et apporté à l'hôpital en civière comme atteint d'apoplexie cérébrale.

C'est le nommé Frédéric T....., âgé de 34 ans, constitution usée, tempérament sanguin.

Il présente au-dessus de l'œil gauche et à la tempe gauche une plaie contuse, suite de la chute qu'il a faite dans la rue.

Le malade regarde d'un air hébété; il est tranquille, mais bouge parfaitement les quatre membres; il bredouille quelques mots sans suite.

2. L'absence de toute trace de paralysie nous a fait écarter le diagnostic d'hémorragie cérébrale. D'autre part l'odeur de genièvre que son haleine exhale et son facies nous font admettre qu'il est sous le coup d'un empoisonnement alcoolique aigu sous la forme d'ivresse.

3. Nous lui avons prescrit hier à son entrée :

R. Sulfat sod. 30 grammes,
Aq. com. dist. 1 kilogramme.

à prendre par verre d'heure en heure.

Diète absolue. — Repos.

Sous l'influence de ce traitement, son état s'est transformé; il est bien réveillé aujourd'hui, répond d'une voix lente, mais avec précision à nos questions, et avoue des habitudes alcooliques.

Nous le garderons encore quelques jours pour compléter la guérison de son accès d'ivresse.

4. Le traitement que nous avons formulé conviendrait également à des formes douteuses d'apoplexie cérébrale. Quand les symptômes de stupeur cérébrale prédominent, il est remplacé avantageusement par le tartre stibié en lavage :

R. Tart. emetic 5 centigrammes,
Aq. comm. dist. 500 grammes,

par verre d'heure en heure.

N° 75.

Dilatation du cœur par myocardite. — Insuffisance mitrale. — Anasarque, albuminurie.

1. Vous revoyez ici au lit 6 de la salle 37 une femme que vous avez examinée il y a quelques mois pour affection organique du cœur. C'est la nommée Augustine Van V....., épouse Constant Van G....., ménagère, âgée de 45 ans, d'une constitution forte, d'un tempérament sanguin. Elle a eu deux enfants, le dernier il y a 20 ans. La ménopause est établie depuis un an.

2. Lors de son premier séjour à l'hôpital, elle était atteinte d'une dilatation du cœur droit, compliquant une insuffisance mitrale; il y avait stase dans le système veineux, avec localisations secondaires multiples, notamment du côté du poumon, du rein, du foie et du cerveau. L'anasarque a été développé à cette époque et des accidents consécutifs à l'insuffisance d'action du rein ont mis à plusieurs reprises ses jours en danger.

Elle a quitté l'hôpital il y a quelques mois, assez bien remise pour vaquer à ses occupations de ménagère.

3. Elle rentre aujourd'hui dans les conditions que vous voyez : elle est assise dans son lit; l'oppression est très forte, le teint est jaune sale, marbré de plaques violacées. La figure est inégalement bouffie; elle l'est surtout à la joue gauche et à la paupière inférieure gauche. Le teint cyanosé est surtout marqué aux lèvres, aux pommettes et aux joues.

Notre attention est déjà appelée du côté de trois appareils :

- 1° Du côté de l'appareil circulatoire par la cyanose et l'oppression;
- 2° Du côté du foie par le teint subictérique;
- 3° Du côté du rein par la bouffissure irrégulière de la face.

Ceci ne veut pas dire que notre malade soit atteinte de trois maladies différentes; elle a trois localisations anatomiques d'une seule et même affection que nous devons déterminer. Dans les cas où l'appareil circula-

toire est entrepris, vous pouvez avoir la réunion de tous les symptômes que vous observez ici.

4. Examinons d'abord le cœur ; nous constatons deux lésions prédominantes : l'insuffisance mitrale et la dilatation du cœur droit.

Quelle est la part qui revient à chacune d'elles ?

A part les cas de lésion aiguë sous l'influence d'un rhumatisme articulaire aigu ou d'une endocardite ulcéreuse, l'insuffisance mitrale est le vestige permanent d'une lésion endocardique antérieure ; il persiste comme une difformité avec laquelle l'organisme peut vivre en paix pendant de longues années, si des causes accidentelles ne demandent pas au cœur un effort supplémentaire momentané. L'insuffisance mitrale est donc un état anatomique qui, par lui même, n'amène pas de manifestations pathologiques.

A quelles conditions ? A la condition expresse que le myocarde reste normal quant à sa structure et neutralise par sa fonction les effets physiques de l'insuffisance mitrale.

Mais si le myocarde est entrepris, le processus change du tout au tout : vous arrivez rapidement à une dilatation du cœur droit qui peut s'établir en 36 ou 48 heures et qui détermine dans ces cas d'évolution rapide un état hypothémique inquiétant.

5. Nous avons eu l'occasion au mois d'octobre de vous parler des rapports qui existent entre l'insuffisance mitrale et la dilatation du cœur. Nous avons insisté alors sur les deux formes essentielles d'insuffisance mitrale qu'il y a lieu de distinguer : l'une, suite de lésion organique permanente de la valvule mitrale ; l'autre, sans lésion de valvules, à caractère pour ainsi dire fonctionnel et reconnaissant pour point de départ une innervation viciée du myocarde.

Il n'est pas question de cette dernière forme, dont nous vous avons rapporté un exemple typique. Augustine est atteinte d'une lésion permanente de la valvule mitrale et en outre il y a altération de son myocarde. La fibre du myocarde est incapable de fonctionner normalement par suite de dégénérescence granulo-graisseuse. Cette lésion rentre dans les

cas désignés sous le nom de myocardite et sur lesquels on a récemment appelé l'attention d'une manière toute spéciale.

Cet état de dégénérescence granulo-graisseuse est très fréquent en pratique; vous le rencontrez sous deux formes essentielles : l'une, propre aux fièvres aiguës, éruptives, où Zenker l'a décrite avec une grande précision de détails; dans ces cas, c'est l'élément granuleux qui domine, et la réparation nutritive, suite de la convalescence, imprime à la vitalité de la fibre du myocarde une tendance réparatrice qui prévient la dégénérescence grasseuse.

L'autre forme est celle qui existe chez Augustine; c'est la forme granulo-graisseuse, avec lésion permanente. Par suite de cet état, il y a insuffisance dans l'action du myocarde, de sorte que les conditions de circulation, déjà viciées par la difformité de la valvule mitrale, trouvent un élément nouveau de désordre dans cet état du myocarde.

C'est le point pratique auquel vous devez avoir le plus égard dans le diagnostic des affections du cœur.

6. Il y a donc chez Augustine dilatation du cœur droit; par suite de cet état, la circulation veineuse *a tergo* est ralentie dans tout l'organisme; la pression du sang augmente dans le système veineux. Les vaisseaux lymphatiques qui aboutissent au système veineux rencontrent une résistance plus grande à y déverser leur contenu; ils s'engorgent à leur tour et cet engorgement remontant jusqu'aux racines du système lymphatique détermine une sorte d'inondation de lymphes dans les espaces intercellulaires, c'est-à-dire l'anasarque.

Nous venons d'indiquer une des causes de l'œdème; c'est la principale dans le cas que nous examinons. Il en est une autre qui réside dans la paroi veineuse elle-même et qui n'agit que secondairement ici.

Il y a donc stase veineuse et stase lymphatique. La première est de nature à déterminer des phénomènes accessoires graves, du côté de la peau sous forme d'éruptions vésiculeuses souvent sanieuses, et qui sont parfois le point de départ de plaques gangréneuses. C'est le cas chez Augustine, dont le membre inférieur gauche est le siège de plaques gangréneuses multiples avec irradiations de lymphangite.

7. Du côté des organes internes, les conséquences de la stase veineuse sont multiples et se traduisent du côté de tous les organes parenchymateux par les symptômes propres aux lésions de ces organes.

Le foie est distendu et sa fonction biliaire est entravée.

Le cerveau a été entrepris lors du premier séjour à l'hôpital; actuellement, nous n'y constatons pas de désordres.

Le rein est fortement entrepris; il y a de l'albuminurie; il y a pis que cela: l'examen microscopique de l'urine nous décèle la présence de cellules rénales ayant subi la dégénérescence granulo-graisseuse et présentant un aspect vitreux. Nous avons donc du côté des reins une forme de maladie de Bright, caractérisée par la maladie et la desquamation de son système épithélial. La lésion est permanente, irréparable; vous en connaissez le pronostic.

Du côté des poumons, nous avons de l'embarras circulatoire, mais il n'a encore déterminé que du catarrhe bronchique.

8. Que faire dans des conditions de ce genre?

Allons d'abord où la souffrance de la malade appelle avant tout du secours; c'est du côté de la jambe gauche :

1° Placer la jambe dans une position plus élevée que le siège, en la reposant sur un coussin de balle d'avoine. Un point pratique important, c'est que le creux poplité soit convenablement soutenu dans la position que vous donnerez au membre ;

2° Appliquer sur les plaques gangrénées des compresses trempées dans l'eau de Goulard.

L'indication la plus urgente étant remplie, cherchons à libérer le système veineux des effets de la dilatation cardiaque, consécutifs à la myocardite.

Nous pouvons recourir à deux ordres de moyens : un moyen immédiat, palliatif, un moyen radical.

Le moyen immédiat, à effet palliatif, consiste à dégorger le système

veineux. Nous ne pouvons pas songer à la peau qui est malade; au rein qui est atteint d'une lésion organique. Il ne nous reste guère que l'intestin sur lequel nous agirons par des purgatifs hydragogues. Nous prescrivons :

R. Tinctur. jalap compos. 30 grammes,
Ad haustum.

En même temps dans le courant de la journée, la potion antispasmodique laudanisée.

Régime lacté.

Quant au traitement radical, nous avons déjà eu l'occasion de vous l'exposer; nous vous rappelons seulement qu'il aura pour agents essentiels la digitale et le fer.

9. Le pronostic doit être réservé; la malade est en danger par suite de la dilatation du cœur et du processus gangréneux de la jambe.

Clinique du 1^{er} mai 1890.

(Leçon recueillie par M^r VALÈRE BEAUMEZ, interne du service.)

SOMMAIRE.

N° 76 : Fièvre typhoïde à évolution normale. **N° 77** : Rétrécissement pylorique par cancer ulcéré. — Vomissements mélaniques. — Lavage d'estomac. **N° 78** : Ivresse simulant l'apoplexie cérébrale. — Guérison. **N° 79** : Tremblement mercuriel (deuxième cas). **N° 80** : Pyopneumothorax droit. — Empyème. **N° 81** : Tuberculose pulmonaire chronique. — Excavation.

N° 76.

Fièvre typhoïde à évolution normale.

Il s'agit du nommé Jean J..... qui occupe le lit 5 de la salle 7, que vous avez eu déjà l'occasion d'observer. La fièvre typhoïde suit une marche normale. La température oscille de 38° à 39°3 centigr. Il y a trois à quatre selles par jour et le ventre est modérément ballonné. Le sommeil revient un peu et la stupeur est moins prononcée. Il n'y a pas encore d'amaigrissement.

Le malade prend un bouillon et la potion au sulfate de soude ($\frac{3}{200}$).

N° 77.

Rétrécissement du pylore par cancer ulcéré. — Vomissements mélaniques. — Lavage d'estomac.

1. Vous revoyez ici Constantin D..... au sujet duquel nous vous avons déjà entretenus à deux reprises.

Le rétrécissement du pylore est arrivé à un degré tel que les matières alimentaires sont arrêtées dans l'estomac et que la cavité de celui-ci s'est agrandie par distension de ses parois.

2. Les vomissements présentent le caractère particulier sur lequel nous

avons attiré votre attention; ils ne se reproduisent pas tous les jours, mais seulement tous les trois ou quatre jours. Pendant ce temps, les matières séjournent dans l'estomac et y subissent une fermentation autre que celle qui caractérise la digestion normale. Le plus souvent la fermentation donne naissance à des acides aromatiques de la série acétique (acides acétique, butyrique, etc.); d'autres fois à de l'acide sulfhydrique. Cela dépend des matières alimentaires ingérées. On a considéré les renvois d'acide sulfhydrique comme se rencontrant surtout dans les cas de cancer de l'estomac; c'est une exagération; vous les constaterez dans les cas d'ulcère simple, de dyspepsie ou même d'embaras gastrique simple; vous les rencontrerez très souvent dans les cas légers de dérangement gastrique quand le malade prend des œufs qu'il ne digère pas.

3. Il est très difficile d'arrêter ces fermentations par des moyens internes; vous y parviendrez parfois par l'emploi de la créosote (de 3 à 5 centigrammes par jour en pilules); ici ce moyen n'a pas réussi.

Dans les cas d'embaras gastrique simple ou de dyspepsie, vous réussirez parfois par le vomitif :

R. Pulv. rad. ipecac. 2 grammes,

Div. in dos. aeq. n° iij,

de dix en dix minutes.

Il n'est pas question de recourir à ce moyen ici et pour soulager le malade nous avons eu recours à un palliatif : le lavage de l'estomac.

4. Je vous mets en garde contre l'abus de ce moyen. On en a fait dans ces dernières années usage un peu à tort et à travers dans les cas qui ne nécessitaient pas son emploi; les malades ont suivi la mode et je connais des personnes qui pour une dyspepsie banale se lavaient tous les jours l'estomac.

C'est un abus, qui est un peu le sort de tous les moyens thérapeutiques nouveaux ou de ceux qui, comme le lavage de l'estomac, resuscitent d'une longue somnolence. Il a les inconvénients de la mode; il ne tarde pas à faire abandonner le moyen thérapeutique que l'on détourne ainsi de sa

destination et dont l'utilité est cependant réelle dans quelques cas déterminés.

5. Le lavage de l'estomac comprend deux opérations distinctes : le cathétérisme de l'estomac et l'évacuation de son contenu ; puis l'introduction de la solution modificatrice.

Le cathétérisme de l'estomac est pratiqué dans deux buts : afin d'établir le diagnostic de la forme de dyspepsie que l'on traite, ou comme agent thérapeutique.

Dans le premier cas, le cathétérisme seul suffit et il n'est pas nécessaire de recourir au lavage.

Dans le second cas, quand le cathétérisme est employé dans un but thérapeutique, on ne se borne pas à lui demander l'élimination des produits en fermentation putride contenus dans la cavité gastrique ; on lui associe le lavage de la muqueuse.

Dans les cas de cancer, je n'ai pas besoin de vous dire que le lavage a un caractère essentiellement palliatif.

Dans les cas d'ulcère simple de l'estomac, il agit comme un élément curatif.

6. Chez notre malade, nous recourons à ce procédé dans le but de le soulager. Les vomissements abondants qui se répètent tous les trois ou quatre jours ajoutent inutilement à la souffrance du sujet, et le cathétérisme avec évacuation est suivi d'une période de soulagement et de bien-être tellement prononcée que le malade se croit guéri.

Nous pratiquons donc le lavage de l'estomac chez notre sujet avec les précautions indiquées et au moyen du tube en caoutchouc que le malade avale assez facilement.

Comme liquide modificateur nous nous servons de l'eau de Vichy (Célestins) à une température de 30° centigr.

Nous ajouterons comme dernier renseignement que les matières retirées par le cathétérisme ne renferment pas d'HCl libre, dénoté par le violet de méthyle.

N° 78.

Ivresse simulant l'apoplexie cérébrale.

C'est Frédéric T....., que vous avez vu à la dernière clinique. Le sel neutre en lavage que nous lui avons administré a produit d'abondantes purgations. Il est complètement remis, mais sa figure garde encore un peu de stupeur consécutive à l'accès d'ivresse.

Il sortira demain; il est probable que nous aurons l'occasion de le revoir.

Je rappellerai à votre attention les considérations que nous avons développées antérieurement sur les deux formes d'alcoolisme que l'on rencontre en pratique médicale (voir observations XIX et XX, p. 101).

N° 79.

Tremblement mercuriel.

1. Un second cas d'intoxication mercurielle est entré dans la salle 7. C'est le nommé Jean K. , âgé de 35 ans, constitution affaiblie, tempérament nerveux. Il exerce le métier de coupeur en poils depuis 20 ans; il n'a guère éprouvé de manifestations gingivales et le tremblement dont il est atteint est établi depuis plusieurs années et a fait dans ces derniers mois des progrès rapides.

Le trouble moteur est arrivé chez lui à un degré moindre que celui que vous avez noté chez le malade observé à la dernière leçon; il présente toutefois les mêmes caractères typiques, qui le rapprochent du tremblement de la sclérose en plaques disséminées. Notez que chez celui-ci il y a un léger tremblement de la langue, mais qui n'est pas assez prononcé pour amener du trouble dans l'articulation de la parole.

2. Nous reviendrons un autre jour sur les différences qu'offrent les nombreuses variétés de tremblement que vous serez à même d'observer. Nous aurons à examiner les tremblements sclérotiques, celui qui est consécutif à l'alcoolisme, le tremblement sénile.

Nous nous bornerons à vous rappeler que l'intoxication mercurielle se traduit de deux manières :

1° Du côté de la muqueuse buccale et pharyngée dans les cas où le médicament est administré à doses en somme massives (par centigramme bien entendu) ou en frictions ou en applications topiques;

2° Du côté du système nerveux surtout, quand l'agent toxique pénètre en poussière impalpable par les voies respiratoires.

N° 80.

Pyo-pneumothorax droit. — Empyème.

Vous retrouvez au lit 5 de la salle 9 Adolphe H. , auquel nous avons pratiqué l'empyème pour un cas de pyo-pneumothorax. Son état est des plus satisfaisants. L'expectoration est devenue presque nulle, alors qu'elle mesurait plus d'un litre par jour. L'établissement d'une poche intercostale permet l'évacuation régulière du pus. D'autre part, deux fois par jour, M^r Beaumez pratique le lavage de la poche pleurale au moyen d'une solution phéniquée (10 ‰). La fièvre a complètement disparu et le malade se nourrit bien, depuis qu'il est débarrassé des deux causes qui le tourmentaient : les efforts nauséux amenés par l'expectoration du pus et d'autre part l'auto-intoxication entretenue par la stagnation du pus dans la cavité pleurale, ouverte dans les bronches.

N° 81.

Tuberculose pulmonaire chronique. — Excavation.

1. Auguste M. , tourneur en fer, âgé de 33 ans, constitution affaiblie, tempérament sanguin, est le malade que vous trouvez couché dans le lit voisin. Il y a de l'intérêt à rapprocher ces deux processus, qui ont abouti à la formation d'une caverne intrathoracique dans les deux cas, mais par un processus différent.

M. ne nous renseigne aucun antécédent héréditaire fâcheux ; ses parents sont bien portants. Le début de sa maladie est banal : refroidissement suivi de toux, d'abord sèche, puis avec expectoration qui s'est établie peu à peu. Il n'y a pas eu d'hémoptysie. Le malade a maigri ; il y a de la faiblesse des membres inférieurs, qui ont été infiltrés pendant quelque temps. N'a guère ressenti de douleur à la poitrine ; toutefois en insistant beaucoup, on finit par lui faire avouer qu'il a ressenti un peu de douleur du côté gauche de la poitrine. Rien d'aigu ; processus éminemment chronique.

2. C'est du côté de la poitrine, vers lequel ses plaintes appellent notre attention, que nous porterons notre examen en usant des procédés connus.

Inspection : dépression des plus prononcées de la région sous-claviculaire gauche ; du côté droit il y a aussi de la dépression, mais relativement peu marquée ; à gauche la région sous-claviculaire est creusée en cupule. En outre cette région ne se soulève pas par les mouvements respiratoires et l'on constate un amaigrissement notable du grand pectoral.

Palpation : vibrations thoraciques vocales exagérées des deux côtés, mais beaucoup plus à gauche.

Percussion : la percussion digitale nous permet de constater une absence d'élasticité de la paroi thoracique gauche. Matité absolue à la percussion superficielle dans l'espace déprimé ; tympanisme plus bas. A la percussion plus forte, bruit de pot fêlé sous-claviculaire gauche. A droite, tympanisme et submatité.

Auscultation respiratoire : souffle caverneux à caractère amphorique et métallique sous la clavicule gauche.

Auscultation de la voix : pectoriloquie.

3. Les symptômes que nous venons de constater ne sont pas tous constants ; ils varient du matin au soir, suivant que la caverne est vidée ou remplie de muco-pus. Il en est ainsi notamment pour le bruit de pot fêlé, variété de son tympanique, qui résulte de l'irrégularité des ondes sonores déplacées par la percussion de la cavité intra-thoracique. Il se produit dans deux états anatomiques : une caverne intra-thoracique et un

épanchement pleural. Dans les deux cas, sa production est favorisée par l'arrêt en expiration et l'ouverture de la bouche.

Quand il dépend d'une caverne, il implique la communication de cette caverne avec les bronches par un orifice relativement étroit. Il ne se produit pas quand la caverne est pleine de sécrétion et il s'épuise en général assez vite ; on l'observe net au début de la percussion ; il disparaît quand on continue la percussion, jusqu'à ce que l'air ait été introduit dans la cavité par une nouvelle inspiration.

Pour le déterminer, il faut percuter d'un coup sec, dur et fort dans l'expiration.

4. L'ensemble de ces symptômes nous permet déjà de conclure qu'il existe au sommet du poumon gauche une vaste excavation creusée dans le poumon et communiquant par un orifice étroit avec l'appareil bronchique.

5. Vous avez donc constaté chez les deux malades que vous avez examinés dans ces lits voisins, celui qui est décrit au n° 63 et le sujet actuel, l'existence d'une vaste excavation intra-thoracique, qui est le résultat de deux processus différents.

Voyons d'abord les symptômes chez le sujet atteint de pyo-thorax et chez lequel M^r Beaumez a pratiqué l'empyème ; vous avez trouvé une matité qui occupait tout le côté droit de la poitrine, avec une voussure considérable de la base ; chez notre malade actuel, la matité est limitée au sommet et il n'y a pas de voussure à la base. Chez le pyo-thorax l'évolution a été relativement rapide : quatorze semaines. Chez le malade actuel elle est le résultat d'un travail essentiellement chronique, dont le point de départ remonte au moins à deux ans.

Chez le pyo-thorax il n'y a pas eu d'expectoration au début, tout au plus un peu de mucosité ; l'expectoration s'est produite brusquement après une durée assez longue de la maladie par une vomique ; chez le malade actuel elle s'est établie lentement et graduellement et n'a jamais été aussi abondante que chez l'autre.

Chez le pyo-thorax les crachats très abondants sont constitués en majeure partie par de la sérosité grisâtre, dans laquelle nagent des

crachats compactes. Chez le malade actuel les crachats sont visqueux, surtout muco-purulents et leur caractère nummulaire les aplatit les uns sur les autres.

Dans les deux cas, nous l'avons dit tantôt, il y a excavation intrathoracique, Mais chez le premier malade atteint de pyo-thorax, elle s'est creusée en dehors du poumon dans un repli pleural. Chez le malade actuel, elle s'est creusée aux dépens du tissu pulmonaire, comme le prouve l'affaissement notable et l'inaction de la région sous-claviculaire gauche.

6. A quelle cause devons-nous rapporter l'origine du travail morbide de notre sujet ? Les symptômes observés nous permettent de la rapporter à un processus de tuberculose pulmonaire en voie de ramollissement.

Pour établir le diagnostic d'une manière certaine, il y a lieu d'examiner les crachats au microscope suivant les règles que nous vous avons indiquées antérieurement (voir n° 39). La recherche a permis de constater la présence du bacille tuberculeux dans les crachats.

Nous reviendrons dans une autre séance à ce malade pour indiquer le traitement à suivre et préciser le rôle et la signification réelle des bacilles.

Clinique du 3 mai 1890.

(Leçon recueillie par M^r VALÈRE BEAUMEZ, interne du service.)

SOMMAIRE.

N^o 82 : Ovaro-salpingite. N^o 83 : Pleurésie interlobaire purulente ouverte dans la bronche. — Pneumonie intercurrente du sommet. N^o 84 : Gomme spécifique comprimant les nerfs crural et sciatique droits. N^o 85 : Hémithorax droit. — Insuffisance mitrale. N^o 86 : Pleurésie interlobaire droite suppurée ouverte dans la bronche. — Empyème. N^o 87 : Tuberculose pulmonaire.

N^o 82.

Ovaro-salpingite.

1. La nommée Anne P. , épouse Antoine G. , ménagère, âgée de 45 ans, constitution forte, tempérament lymphatico-sanguin, est entrée il y a peu de jours à l'hôpital (salle 35, lit 8).

Elle a eu trois enfants, le dernier il y a 19 ans ; pas de grossesse depuis lors.

A son entrée à l'hôpital le 30 avril, elle se plaignait surtout de symptômes d'embaras gastrique qui l'avaient engagée à se faire soigner ici : céphalalgie frontale, inappétence, bouche amère, constipation ; guère de fièvre.

Ces symptômes ont été calmés par l'administration d'une potion purgative au citrate de magnésie ($\frac{45}{300}$). Mais il persiste un état de souffrance dont nous avons à déterminer la cause par un examen plus complet.

2. La malade ne renseigne pas d'antécédents morbides ; elle a été bien réglée jusqu'il y a deux mois ; il y a retard depuis lors, sans grossesse. Elle a constaté un léger gonflement du ventre il y a six semaines et une douleur sourde, s'accroissant à la pression dans la fosse iliaque droite. Pertes blanches assez abondantes à partir de ce moment.

Notre attention est appelée vers l'ovaire droit et c'est de ce côté que nous dirigeons nos recherches.

3. Le palper abdominal nous permet de constater l'existence d'un engorgement profondément situé dans la région ovarique droite sur le trajet du ligament large droit. Ce ligament recouvre plusieurs organes : l'ovaire, la trompe, le ligament rond et des organes accessoires ; il nous est impossible de déterminer actuellement l'organe plus spécialement atteint. Toutefois si nous avons égard aux symptômes que la malade nous a révélés, nous sommes autorisé à conclure que bien certainement l'ovaire au moins est entrepris par un travail de congestion.

4. L'arrêt de la période en est déjà un indice ; c'est l'occasion de vous rappeler l'erreur de langage habituellement commise quand on parle de congestion utéro-ovarique comme cause de la période. Nous avons insisté sur ce point à propos d'une malade que vous avez vue l'année dernière (n° 45) et que nous avons traitée pour un arrêt de la période à la suite de congestion ovarique. Le processus qui préside aux règles est d'ordre essentiellement physiologique ; il ne comporte absolument aucun phénomène de congestion et évolue en vertu des lois qui président à la fonction normale de l'organe.

5. Il y a plus : l'évolution périodique ne prédispose pas à la congestion, malgré l'hémorragie menstruelle ; c'est le contraire qui est l'expression de la vérité. Il en est si bien ainsi, que quand il se produit de la congestion au moment de la période, on aborde le terrain pathologique : on a l'aménorrhée, ou l'arrêt de la période, ou la dysménorrhée.

6. Nous pouvons donc considérer l'aménorrhée d'Anne P....., comme un signe de congestion ovarique. Nous devons attribuer la même signification à la leucorrhée qui s'est produite depuis la même époque.

7. Quelle est la cause de cette congestion ovarique ?

Si nous procédons par exclusion, nous en rencontrons plusieurs que nous pouvons nous borner à énumérer.

Une première cause très fréquente est l'exposition à un refroidissement au moment de la période ; nous pouvons l'écarter ici d'après les renseignements qui nous sont fournis par la malade.

Il en est de même pour les émotions morales violentes.

Une affection utérine pourrait être le point de départ de l'état de l'ovaire. Nous pratiquons le toucher vaginal pour nous en assurer et nous constatons que de ce côté il n'existe aucun symptôme morbide; le col est normal, le corps de la matrice n'est pas engorgé et l'examen au spéculum nous paraît inutile en présence des autres éléments que l'exploration de la malade nous fournit.

8. Il nous reste les trompes; de ce côté nous pourrions avoir un de ces processus morbides sur lesquels on a récemment appelé l'attention sous le nom de salpingite. La trompe est enveloppée dans le repli que les ligaments larges jettent sur les organes latéraux et connexes de l'appareil utérin. Un engorgement de la trompe par inflammation ou catarrhe aurait pour effet de déterminer de l'aménorrhée avec tuméfaction de l'ovaire par suite de l'obstacle opposé à la déhiscence normale de l'ovule.

Il est possible que cet état existe; mais nous ne sommes pas à même de l'affirmer, parce qu'à cette période de début de la salpingite, il n'existe aucun moyen de la reconnaître d'une manière absolument certaine.

Nous nous en tenons donc à ce que nous avons constaté : engorgement de l'ovaire, avec aménorrhée.

9. Le teint de la malade est pâle, anémié; il appelle l'attention vers l'existence d'une lésion organique grave. Toutefois, nous ne trouvons aucune trace d'affection carcinomateuse ou épithéliale.

Si nous avons égard à l'âge de la malade, 45 ans, un autre facteur se présente à l'esprit : c'est la ménopause normale qui se produit vers cette époque et s'accompagne fréquemment de manifestations morbides du côté de l'appareil utéro-ovarique. Toutefois, ici encore nous devons vous rappeler à la notion physiologique de la ménopause; par elle-même, par elle seule, celle-ci n'est pas de nature à déterminer un état pathologique; elle peut en favoriser l'éclosion; mais, comme la période, elle est une phase normale de l'évolution organique de la femme.

10. Quel que soit donc le facteur déterminant, nous arrivons au diagnostic d'ovarite droite.

Il est possible que cette lésion devienne permanente, ce qui serait le cas

si les trompes étaient atteintes d'inflammation : dans ce cas, le traitement relèverait de la médecine opératoire.

11. Pour le moment, le traitement à suivre est formulé comme suit :

a) *Traitement local* par des pommades résolutives (onguent mercuriel belladonné $\frac{2}{30}$) et des cataplasmes de farine de lin appliqués directement à nu sur la peau.

Je rappelle à votre attention l'importance qu'il y a à mettre le cataplasme à nu sur la peau ; on a généralement la mauvaise habitude de l'appliquer à travers une pièce de mousseline. C'est perdre le bénéfice du cataplasme émollient que d'agir ainsi ; la mousseline sert de filtre à l'humidité qui passe froide et l'on sacrifie ainsi à un préjugé de propreté l'avantage de l'humidité chaude qui est la caractéristique essentielle du cataplasme émollient.

b) *Traitement général* consistant dans l'emploi d'une potion à l'iodure de potassium.

12. Nous aurons l'occasion de vous reparler de ce cas, très intéressant au point de vue pratique. Nous avons eu fréquemment l'occasion de voir des états analogues arriver par la négligence de soins convenables à un état grave et se terminer par la mort à une époque assez rapprochée de nous, où la chirurgie ne disposait pas des ressources qui permettent impunément aujourd'hui la pratique de la laparatomie ; celle-ci est la seule planche de salut, quand la négligence de traitement a permis au mal de revêtir la forme d'une lésion au-dessus des ressources de la médecine interne.

N° 83.

Pleurésie interlobaire purulente

ouverte dans la bronche. — Pneumonie intercurrente du sommet.

1. Ce qui vous arrête auprès de Marie S. qui occupe le lit 13 de la salle 35, c'est l'aspect de ses crachats ; ils sont en effet caractéristiques ; ils ont une coloration mixte, en partie verdâtre de jus de pruneau, en partie brun d'acajou ; ils sont visqueux et adhérents au crachoir.

Ce sont des crachats de pneumonie, mais bien différents de ceux que vous avez rencontrés récemment; ceux-ci étaient rouillés et représentaient nettement les caractères que l'on retrouve dans les cas de pneumonie croupale simple, à évolution cyclique.

Les crachats que vous voyez ici sont rapportés généralement à la forme de pneumonie, que l'on désigne sous le nom d'hépatisation grise. Dans les traités didactiques, on considère cet état comme une période de la pneumonie croupale; nous reviendrons sur ce point de pratique; nous nous bornons à vous dire actuellement que nous considérons l'hépatisation grise non comme une période de la pneumonie croupale, mais comme une complication dans le cours de cette affection.

2. Suivons l'évolution de ce cas; elle nous montre de nouveau la différence que la pratique établit entre ces états morbides que la nosologie réunit sous la dénomination de pneumonie croupale.

Marie S....., épouse M....., est entrée à l'hôpital le 30 avril 1890. C'est une femme de 60 ans, de constitution forte, à tempérament sanguin, qui ne renseigne pas d'antécédents héréditaires; comme antécédents personnels, rien de particulier; elle a toujours joui d'une bonne santé, sauf un catarrhe bronchique dont elle souffrait depuis plusieurs mois.

Le 24 avril elle a ressenti un point de côté B, D, et est devenue beaucoup plus souffrante; l'expectoration, rare jusqu'alors, est beaucoup plus abondante depuis et a présenté une odeur très fétide qui existe encore; les crachats étaient purulents, brunâtres.

A son entrée, le 30 avril, nous constatons du tympanisme à droite en avant; matité absolue de tout le côté droit en arrière, avec absence de tout bruit et de vibrations vocales; un peu de frottement pleural, fosse sus-épineuse droite. Pectoriloquie aphone.

3. Nous diagnostiquons un foyer d'abcédation de la base droite, ouvert dans la bronche, et un épanchement pleural; quant au siège précis de l'abcès, les renseignements fournis par la malade et le mutisme respiratoire absolu à droite, avec absence de souffle tubaire, nous font admettre qu'il occupe la plèvre interlobaire droite.

Traitement : nous donnons la potion expectorante au tartre stibié et à l'extrait thébaïque, et nous prescrivons un lavement évacuant pour combattre une constipation de huit jours.

4. Le 2 mai, la situation est restée la même; il y a eu une selle. Le teint de la malade est plus subictérique que hier. L'expectoration est jus de pruneaux très fétide, comme vous la retrouvez aujourd'hui. Le tympanisme persiste à droite en avant; sous la clavicule droite la respiration est rude, parfois sibilante; l'expiration est rude et prolongée. En arrière, même matité absolue que hier, même mutisme à la respiration aux trois quarts inférieurs avec pectoriloquie aphone; mais ce qui est nouveau, c'est de la respiration bronchique dans la fosse sus épineuse droite; la veille nous n'avions entendu que du frottement pleural et seulement dans la fosse sus épineuse droite.

A gauche, submatité au sommet en arrière, où il y a de la respiration bronchique par consonance; respiration supplémentaire partout ailleurs.

L'urine rouge foncée, non uratée, densité 1.024, renferme une faible proportion d'albumine, beaucoup de bilirubine; ni sucre, ni acide diacétique.

5. Le changement qui s'est produit dans la situation du 1 au 2 peut se résumer comme suit : le foyer interlobaire droit continue à se vider des produits jus de pruneaux et acajou qu'il contient; d'autre part, il s'est développé un foyer de pneumonie dans le lobe supérieur droit. La situation s'est donc aggravée.

Ce qui domine, c'est l'état adynamique; les températures relevées indiquent :

Dates.	Matin.	Soir
30 avril	»	39.2
1 ^{er} mai	38.6	38.9
2 —	38.3	»

Même prescription, parce qu'il n'y a pas d'indication spéciale à remplir pour le moment.

6. Elle n'a pas tardé à se produire; l'état de prostration nerveuse s'est accentué dans la journée du 2, et la situation était devenue très critique dans la soirée. M^r Beaumez, l'interne du service, en présence des symptômes d'abattement extrême de la malade, alors que l'expectoration continuait à se faire, a couru au plus pressé pour remplir l'indication vitale; il a appliqué un vésicatoire au-devant du sternum, et il a prescrit la potion suivante :

R. Ether nitric. 3 grammes,
Tinctur cinnam. 3 grammes,
Aq. menth. pip. 200 grammes,

par cuiller à café tous les quarts d'heures d'abord, puis toutes les demi-heures.

En outre café et bouillon.

La température du soir n'a pas dépassé 38°.6 centigrades.

7. Vous revoyez la malade aujourd'hui vivante et en meilleur état que hier, grâce à l'intervention intelligente de M^r Beaumez. L'état d'abattement a cédé un peu. Quant aux symptômes thoraciques, ils sont les mêmes que ceux que nous avons observés hier.

Nous maintenons la médication instituée hier soir.

Quant au pronostic, il est certainement réservé; mais il laisse beaucoup d'espoir. La malade a échappé à un danger de mort rapide produit par le foyer de pneumonie qui s'est déclaré au sommet droit le 1^{er} mai. La situation est devenue moins grave; il y a des ressources, grâce à l'évacuation régulière et facile du foyer interlobaire.

8. Un mot encore sur les caractères de coloration des crachats notés ici; ils sont en partie jus de pruneaux, en partie acajou, mais toujours fétides. On a attribué ces changements de coloration à la présence de microbes variés; cela nous importe peu pour le moment. Ce qui nous intéresse beaucoup plus, c'est de savoir que les crachats n'ont pas la signification pathognomonique de pneumonie grise qu'on leur a attribuée.

Nous avons eu à plusieurs reprises l'occasion de les observer dans des cas de foyers suppurants localisés chez des malades qui ont guéri. Or, nous devons à la vérité de reconnaître que nous n'avons jamais observé la guérison de la pneumonie grise proprement dite. C'est un point sur lequel nous aurons l'occasion de revenir quand nous vous ferons voir un cas de cette nature.

Nous aurons soin de revoir notre malade actuelle dans le cours de l'évolution de son affection.

N° 84.

Gomme spécifique comprimant les nerfs crural et sciatique droit.

C'est la malade Valérie M. (n° 70) à laquelle nous avons prescrit une potion à l'iode de sodium. Ce traitement n'a amené aucune modification dans l'état du sujet et nous l'avons remplacé par le mercure administré comme suit :

R. Protoïduret hydrarg. 1 gramme,
Extr. conii. macul. 20 centigrammes,
Syr. off. q. s. f. s. a. pil. n° XL,

une pilule le soir en se couchant ; à partir du quatrième soir, deux pilules en une fois.

Nous surveillerons l'état des gencives, pour prévenir la stomatite par des collutoires au chlorate de potasse.

N° 85.

**Épanchement sanguin dans la plèvre droite. —
Insuffisance mitrale.**

1. Vous revoyez ici au lit 2 de la salle 8 le nommé V....., que vous avez examiné avant-hier. Vous vous rappelez l'état d'orthopnée de ce sujet ; il était assis à genoux sur son lit, les coudes relevés, la tête rejetée en arrière ; il délirait continuellement d'un délire loquace dont les mots n'avaient pas de signification dans leur suite, la voix était faible, entrecoupée et remarquable par son timbre élevé et uniforme.

L'oppression arrivée à ce degré d'orthopnée constitue un danger immédiat pour l'existence ; elle était due en partie à la dilatation du cœur par suite de l'insuffisance mitrale et de la dégénérescence du myocarde, en partie à un épanchement dans la plèvre droite.

2. Il n'y a qu'un moyen d'empêcher la mort prochaine du malade. C'est l'évacuation du liquide pleural. C'est une opération palliative, de soulagement, qui ne peut pas du tout être considérée comme curative. C'est une indication vitale remplie, rien de plus.

M^r Larivière, externe du service, a pratiqué hier cette opération d'urgence et a retiré 600 grammes d'un liquide sanglant ; malgré la faible quantité de liquide soustrait par l'aspiration, le soulagement ressenti par le malade a été immédiat et des plus prononcés.

L'effet a été maintenu par l'application d'un large vésicatoire au-devant du sternum, et l'administration d'une potion antispasmodique.

3. Vous revoyez aujourd'hui le malade revenu au calme ; il parle librement ; le délire a disparu ; le sommeil est revenu et l'oppression est bien moindre.

Il n'y a pas, toutefois, à se faire illusion sur cette situation, elle reste toujours très grave et les éléments d'espoir sont bien réduits.

4. Il y a encore un point sur lequel nous devons fixer un moment votre attention, c'est le caractère hématique de l'épanchement. Des auteurs de

pathologie ont considéré ce symptôme comme un signe certain de carcinome pleural. Nous n'excluons pas la possibilité de l'existence de ce mal chez notre sujet; toutefois rien ne nous autorise à l'admettre. Il y a plus : nous avons rencontré constamment dans le carcinome pleural l'engorgement des ganglions sous-claviculaires du côté correspondant; chez notre sujet il n'y a pas trace. Du reste, s'il est vrai que nous avons observé constamment le caractère hématique de l'épanchement pleural dans le carcinome de cette séreuse, il est vrai encore que nous avons retrouvé ce même caractère chez des malades qui n'avaient pas de cancer et qui en ont donné la meilleure preuve par leur guérison radicale.

N° 86.

Pleurésie interlobaire droite suppurée ouverte dans la bronche. — Empyème.

1. Le malade qui occupe le lit 14 de la salle 9 présente un cas qui est très intéressant pour la pratique médicale.

C'est le nommé Corneille B....., âgé de 39 ans, voiturier, constitution forte, tempérament sanguin.

Nous serons bref sur les antécédents que vous connaissez; vous avez vu le malade à plusieurs reprises déjà.

Entré à l'hôpital, le 30 décembre 1889, il était atteint d'une pleurésie purulente ouverte dans l'appareil bronchique; le 9 février, en présence de l'insuccès de toute médication interne nous avons pratiqué l'empyème dans le sixième espace intercostal droit sur la ligne axillaire médiane; il est sorti un flot de pus d'une fétidité extrême. Les lavages ont été pratiqués par M^r Beaumez, l'interne du service, jusque quatre fois par jour, au moyen de la solution phéniquée (5 à 10⁰⁰/₀₀), à une température de 30° centigrades.

Les suites de l'opération ont été des plus régulières et des plus favorables, et l'état du malade s'est rapidement amélioré.

2. Toutefois il s'est produit une complication; l'expectoration qui mesurait jusque 2 à 3 litres par jour avant l'empyème avait été réduite à peu de chose après l'opération; elle a reparu environ quinze jours plus tard et a persisté, mais la quantité ne mesurait plus guère que 200 à 300 grammes par jour. Nous en avons recherché la cause, mais nous n'avons pas pu déterminer par l'exploration de la poitrine le point précis qui lui donnait naissance. Le côté gauche de la poitrine respirait bien; quant au côté droit, la vaste excavation pleurale masquait les bruits profonds et le sommet n'était pas lésé. Dans ces conditions, nous avons cru devoir rapporter l'origine du pus à un étranglement qui se serait produit dans la plèvre par la formation de brides adhérentes et l'établissement d'une cavité bilobée, l'une qui restait en communication avec la bronche, l'autre qui aboutissait à la plaie intercostale.

3. Ce qui nous a fait admettre cette hypothèse comme probable, c'est que, à deux reprises, l'autopsie nous a permis de constater directement une disposition de ce genre chez des malades que nous avons opérés par l'empyème et chez lesquels les symptômes avaient suivi la marche observée chez notre sujet. Nous reviendrons plus tard sur ce point, parce que nous voulons appeler votre attention sur une phase du traitement que vous aurez parfois l'occasion de rencontrer et qui offre un grand intérêt pratique.

4. A partir du 10 avril, la quantité de pus qui s'écoulait en vingt-quatre heures par la plaie d'empyème était réduite à quelques grammes par jour; l'état général du sujet était des plus satisfaisants, malgré la persistance du deuxième foyer purulent; l'embonpoint était revenu et le malade qui pesait 57 kilogrammes le 19 février pesait 68 kilogrammes à la date du 23 avril.

Nous nous sommes décidé à retirer le drain qui restait dans la plaie. Au bout de trois à quatre jours, la température est remontée à 40° centigrades avec douleur vague dans toute la moitié droite du thorax. Nous avons donné de la salicine sans effet aucun, à la dose de 2 grammes par jour.

Dans le courant de cette nuit, sous l'effort de la toux, l'espace intercostal s'est rouvert et a donné issue à une grande quantité de pus.

La conséquence immédiate de ce processus de thérapeutique spontanée,

vous la voyez déjà quelques heures après l'ouverture de la plaie : le malade est soulagé et la température qui était hier matin à 40° centigrades est retombée ce matin à 38° centigrades.

Nous reprenons le lavage de la cavité purulente au moyen de l'eau phéniquée (5 à 10 ‰) et le maintien du double drain.

5. C'est un accident dont vous devez toujours prévoir la possibilité dans les cas de ce genre : la plaie s'est cicatrisée à la surface avant de se cicatrifier dans le fond. La conclusion pratique que vous avez à en déduire, l'enseignement que vous avez à en retirer, c'est qu'il y a lieu de surveiller soigneusement la marche de la température quand vous retirez le drain à la fin du processus de suppuration ; si la température monte en dehors d'autre cause, vous devez recourir à la réouverture de la plaie intercostale.

Le fait s'est présenté souvent à notre observation chez des malades qui ont parfaitement guéri. C'est du reste l'application de cette vérité que vous constaterez dans tous les cas de foyer purulent profond : la tendance à se cicatrifier à la surface avant que le fond soit complètement guéri. Il n'y a plus assez de pus au fond pour maintenir béantes les lèvres de la plaie ; celles-ci se réunissent. Le pus reste emprisonné et reforme ainsi une collection qui ne tarde pas à rompre la cicatrice superficielle, si vous n'en avez pas déjà pratiqué l'incision.

N° 87.

Tuberculose pulmonaire.

1. Le nommé Joseph D....., qui occupe le lit 4 de la salle 9, est un peintre en bâtiments, âgé de 34 ans, constitution faible, tempérament bilioso-sanguin.

Son père est mort de hernie étranglée et sa mère, qui a succombé au choléra, était atteinte d'une maladie de poitrine. Ils ont eu quatorze enfants ; douze sont morts en bas âge ; un treizième est mort à 14 ans d'une maladie de poitrine ; notre malade reste seul, avec des commémoratifs qui ne sont pas rassurants pour lui.

Il a toujours joui d'une bonne santé jusqu'il y a trois ans ; n'a jamais fait

aucune espèce d'excès. Il a contracté à cette époque un refroidissement avec toux fatigante et sèche. Il a été traité à l'hôpital par un vésicatoire appliqué au côté gauche de la poitrine; puis il a été soigné chez lui. Après trois à quatre semaines de traitement, il s'est établi brusquement une expectoration purulente abondante à la suite de toux très vive. Cette expectoration a persisté encore aujourd'hui.

2. Ces renseignements sont déjà très instructifs; ils nous dépeignent en termes assez précis un début pleurétique, puis l'établissement d'une vomique, depuis laquelle l'expectoration a persisté jusqu'aujourd'hui.

Le malade est fortement amaigri.

3. Dirigeons notre examen du côté de la poitrine.

Inspection : dépression du côté gauche de la poitrine, apparente jusque dans l'espace de Traube. La base gauche se soulève moins fortement par l'inspiration que la base droite. La pointe du cœur n'est pas refoulée; sa notation donne $V \frac{+ 10}{+ 1}$. La dépression de la paroi thoracique doit toujours vous faire penser à une caverne ou à une pleurésie purulente actuelle ou guérie.

Palpation : absence absolue de vibrations vocales dans la moitié inférieure du thorax droit.

Percussion : matité de la moitié supérieure du poumon gauche; tympanisme dans l'espace de Traube.

4. Le temps nous manque pour terminer l'examen du malade aujourd'hui; ce sera l'objet d'une autre conférence.

Pour le moment nous sommes déjà édifié sur l'existence d'une lésion qui intéresse à la fois la plèvre et le poumon gauche. Nous aurons à préciser sa nature quand l'auscultation nous aura renseigné sur l'étendue des désordres.

Nous prescrivons au malade le régime des trois quarts et la potion suivante :

R. Creosot fagi. 5 centigrammes,
Extr. thebaïc. 5 centigrammes,
Aq. comm. dist. 200 grammes.

Clinique du 6 mai 1890.

(Leçon recueillie par M^r VALÈRE BEAUMEZ, interne du service.)

SOMMAIRE.

N° 88 : Dilatation du cœur par myocardite. — Anasarque. — Plaques gangréneuses aux jambes. — Mort. **N° 89** : Spasme clonique du sterno-cleïdo-mastoïdien gauche et du muscle oblique de la tête (complexus). **N° 90** : Intoxication mercurielle chronique; tremblement. — Amélioration. **N° 91** : Fièvre typhoïde. — Foyer d'épidémie localisé à une maison. **N° 92** : Diabète sucré. — Molluscum contagiosum.

N° 88.

Myocardite chronique. — Anasarque. — Plaques gangréneuses aux jambes. — Mort.

La malade Augustine V....., dont nous avons examiné une dernière fois l'état à la date du 29 avril (voir n° 75), a succombé le lendemain; nous attribuons la mort à l'intoxication par suite des plaques gangréneuses que vous avez vues aux membres inférieurs; elles s'étaient rapidement étendues dans le courant de la journée.

L'autopsie a été refusée.

N° 89.

Spasme clonique du sterno-cleïdo-mastoïdien gauche et des muscles obliques de la tête.

1. Vous revoyez ici, dans les corridors, un malade que vous avez eu l'occasion d'observer au mois d'octobre dernier.

Jean M....., tonnelier, âgé de 60 ans, constitution forte, tempérament nerveux, a été en traitement à l'hôpital (salle 7, lit 6) du 14 octobre au 4 novembre 1889.

Il avait été sujet à des accès de goutte, nous dit-il; mais nous n'avons

remarqué aucun vestige qui témoignât en faveur de cet antécédent, qui pourrait bien se réduire à des douleurs rhumatismales, si nous tenons compte des habitudes de langage des ouvriers.

2. Depuis le commencement d'août 1889, il a été pris sans cause connue de spasmes cloniques dans le domaine du sterno-cleïdo-mastoïdien gauche et des muscles obliques de la tête. Il en résulte un tic convulsif assez complexe, caractérisé par le double mouvement de rotation et de flexion de la tête, et déviation de la face vers la droite.

Ce spasme clonique se produit par accès qui se prolongent parfois pendant toute une journée ; d'autres fois les accès ne durent qu'une heure ou deux. Les intervalles des accès sont variables : tantôt de plusieurs heures, tantôt de dix ou quinze minutes. Pendant les accès le spasme est incessant.

3. Les causes qui déterminent la crise ou sa terminaison sont si nombreuses qu'elles n'ont qu'une importance banale. Le sommeil les suspend et le repos produit généralement le même calme. Quand le malade parle d'un sujet qui l'intéresse vivement, le spasme cesse pour un moment.

La compression digitale exercée à la sortie des nerfs de la colonne cervicale amène la cessation immédiate de la crampe, mais elle est remplacée par un spasme clonique des muscles peauciers du cou. Dès qu'on lève la compression, le spasme reparait dans le domaine du sterno-cleïdo-mastoïdien.

Pas de troubles de la langue ni des muscles de la face.

Les sensibilités tactile et douloureuse sont intactes.

4. Nous avons tenu le malade en observation pendant trois jours, en nous bornant à lui donner du bromure de potassium, sans avoir cependant grande confiance dans le pouvoir de cet agent thérapeutique ici.

5. Après l'avoir observé pendant ce temps, nous avons supprimé ce médicament qui n'avait produit aucune modification, et nous avons eu recours au courant continu. Nous avons appliqué le pôle positif sur la partie moyenne du sterno-cleïdo-mastoïdien gauche et le pôle négatif à

la partie supérieure de la nuque. Nous avons appliqué ce courant ascendant pendant trois minutes, à la dose de 20 milliampères.

La première application en a été faite sous vos yeux le 18 octobre et a été suivie d'un soulagement immédiat. Dans le courant de la journée la crise a reparu à plusieurs reprises, mais plus courte et moins violente.

Le spasme a disparu dans la soirée et ne s'est plus reproduit.

Nous avons cependant continué l'emploi du courant continu ; mais nous avons dû diminuer la dose, le malade ne supportant pas plus de 10 à 15 milliampères.

L'électrisation à cette dose a été continuée tous les jours, du 19 octobre au 2 novembre, malgré la cessation de tout spasme et dans le but de maintenir la modification obtenue.

A partir du 23 octobre, nous avons prescrit au malade une potion à l'extrait de quinquina ($\frac{3}{200}$).

6. Le malade a quitté l'hôpital le 4 novembre, complètement guéri. La guérison a été obtenue, vous l'avez vu, par une seule application de courant continu à direction ascendante et à la dose de 20 milliampères, et maintenue par quinze séances quotidiennes de trois minutes.

7. Il est rentré il y a quelques jours, repris du même spasme, mais dans un autre service de l'hôpital.

N° 90.

Intoxication mercurielle chronique professionnelle ; tremblement. — Amélioration.

Vous retrouvez ici les deux malades que nous vous avons fait voir déjà (n° 66 et 79). Leur état s'est amélioré par l'emploi de l'iodure de sodium et les bains sulfureux.

Le tremblement a presque disparu ; les malades peuvent prendre leurs repas sans risquer de se blesser.

N° 91.

**Fièvre typhoïde. — Foyer épidémique
localisé dans une maison.**

1. Vous vous rappelez les quatre cas de fièvre typhoïde qui nous sont arrivés d'une maison de la rue de Flandre. Depuis lors un cinquième cas est entré dans le service de M^r Tordeus; c'est le plus jeune enfant de cette famille.

Comme nous avons eu l'occasion de vous le dire, la maison en question de la rue de Flandre loge seize locataires, dont dix ont été atteints de fièvre typhoïde.

2. Vous savez que la commune de Bruxelles a organisé un service d'hygiène des plus complets; ce service, créé et dirigé par M^r le docteur Eugène Janssens, peut, à juste titre, être cité comme un modèle des institutions de ce genre. Nous y reviendrons un jour pour vous en faire connaître l'organisation et vous indiquer les grands avantages que la santé publique en a retirés.

Nous avons fait demander à ce bureau à quelle cause il fallait attribuer cette série de cas dans la même maison. Il nous a été répondu que c'est à l'encombrement seul qu'il faut rattacher cette épidémie.

Au point de vue de l'état actuel de la science, cette réponse pourrait être considérée comme insuffisante; elle ne nous renseigne pas en effet l'origine du facteur qui, dans cet encombrement, a déterminé l'explosion de ces cas, alors que l'encombrement avait existé antérieurement sans produire cet effet.

Le médecin qui a soigné cette famille avait conseillé l'envoi à l'hôpital du premier cas qui s'est produit dans cette maison; la famille s'y est opposée. Les parents et les quatre enfants auraient continué à occuper deux chambres voisines; le lit du malade aurait été occupé la nuit par un second enfant, de là la contagion bien établie.

3. D'où est venu le premier cas? Pas de renseignements.

4. La cause la plus fréquente de la fièvre typhoïde réside dans la contamination des eaux servant à l'usage domestique par des matières animales en décomposition.

Les eaux de la nappe d'eau souterraine à Bruxelles sont très dangereuses à ce point de vue; aussi est-il utile de ne pas en faire usage comme boisson et de recourir plutôt à l'eau de la ville.

Les propriétaires des impasses sont tenus de fournir cette dernière à leurs locataires.

Dans la maison de la rue de Flandre, occupée par la famille qui est en ce moment à l'hôpital, on dispose des deux espèces d'eau : eau de puits et eau de la ville. La première est exclusivement réservée au lavage et au nettoyage, la seconde aux besoins domestiques.

De ce côté, la cause la plus fréquente de la fièvre typhoïde nous échappe.

5. Une fois le premier cas établi, l'épidémie locale s'explique parfaitement, les autres sujets se trouvant nuit et jour dans une atmosphère confinée, viciée par un malade atteint de fièvre typhoïde. Les germes morbides ont pu se développer et agir dans les conditions les plus favorables.

6. La distribution d'une eau potable de bonne qualité est un des desiderata les plus importants pour prévenir ou enrayer le développement de la fièvre typhoïde. L'utilité de ce service est aussi grande pour arrêter la fièvre typhoïde que l'est celle de la vaccine pour arrêter la variole. C'est un fait bien établi que l'on peut éteindre les foyers endémiques de fièvre typhoïde par l'établissement d'une distribution d'eau potable de bonne qualité. On a eu l'occasion de le constater fréquemment dans les campagnes, où l'observation médicale peut se faire dans des conditions plus complètes que dans la plupart des grands centres.

L'observation a donné les mêmes renseignements dans tous les pays.

Cependant la fièvre typhoïde continue ses ravages, absolument comme la variole.

Toutes deux maladies essentiellement humaines et volontaires en quelque sorte, elles sont entretenues par la négligence humaine.

On a publié récemment une carte fort intéressante; c'est celle des distributions d'eau potable organisées dans le pays. On est surpris de constater la négligence qui règne dans certaines parties des plus importantes du pays. Des localités sanitaires, dépourvues d'eau potable, n'ont pas constitué de distribution d'eau convenable pour la boisson. C'est une négligence d'autant plus incompréhensible que la réalité des effets nuisibles des eaux contaminées est universellement admise aujourd'hui et que toutes les localités dépourvues d'eau potable devraient recourir au seul moyen préservatif puissant que l'on puisse opposer aux ravages des fièvres éruptives.

C'est une question d'hygiène publique que les médecins ne sauraient trop appuyer de tout leur pouvoir.

7. A Bruxelles l'eau du sous-sol est contaminée et les anciennes fontaines de Bruxelles (Manneken-Pis, le Cracheur, le Sablon, etc.) sont alimentées aujourd'hui par l'eau de la ville, parce que celle qu'elles fournissaient était impropre à l'usage domestique.

Des particuliers se sont obstinés à faire usage de cette eau, qui est d'autant plus dangereuse qu'elle est claire, limpide et agréable au goût. Nous avons eu récemment encore l'occasion de voir trois fois les victimes de la nappe souterraine qui primitivement alimentait la fontaine du Manneken-Pis.

Dans deux cas, les malades ont succombé à une endocardite ulcéreuse. Dans les deux cas nous avons pu nous assurer par le microscope de la présence de protozoaires dans l'eau dont ils se servaient pour leurs boissons.

Dans le troisième cas, la démonstration a été plus directe; il y avait communication entre le puisard qui recueillait les matières stercorales et le puits où l'on puisait l'eau de la nappe souterraine; cette communication a été constatée par hasard: on jetait dans les latrines les matières fécales désinfectées par le chlorure de chaux, et l'eau que l'on pompait a révélé le passage de ces matières par l'odeur du chlore.

Il n'y a de remède à ces dangers que dans une distribution d'eau potable.

8. Les recherches bactériologiques ont permis de constater chez les sujets atteints de fièvre typhoïde la présence du bacille d'Eberth : c'est un bâtonnet à extrémités arrondies, d'une longueur de 2 à 5 μ sur un peu moins de 1 μ de large. C'est un végétal cylindrique dont le protoplasma est homogène et dont l'aspect, de même que les dimensions, varient suivant les milieux dans lesquels il est cultivé, ainsi qu'avec l'âge des cultures.

Ces bacilles sont toujours animés d'un mouvement très vif, dont l'intensité diminue à mesure que le bâtonnet s'allonge.

Ils sont peu avides des couleurs d'aniline et se colorent mal à leur contact; ils perdent facilement ce qu'ils ont fixé, quand ils sont soumis à la méthode décolorante. Le procédé de technique qui est à la fois le meilleur et le plus simple est le procédé de Gaffky : laisser séjourner pendant vingt-quatre heures les coupes et pendant deux heures les liquides desséchés au courant d'air dans une solution alcoolique saturée de bleu de méthylène additionnée d'eau distillée. Laver à l'eau, déshydrater par l'alcool absolu, éclaircir, si besoin est, avec l'essence de térébenthine et monter dans le baume.

9. Les bacilles typhogènes sont rares dans le sang des malades, surtout à la périphérie. La rate est leur siège d'élection. Dans l'intestin, ils existent en amas, dans les follicules lymphatiques et dans les ganglions mésentériques. La constatation des bacilles dans les matières fécales est difficile, à cause du nombre prodigieux de micro-organismes qui y existent toujours; cependant on les a constatés dans les déjections, surtout dans celles du deuxième et du troisième septenaire. Ils y rencontrent un milieu de prédilection; on les a retrouvés vivants dans des selles abandonnées à l'air libre depuis plus de quinze jours.

On les a retrouvés dans les reins; très rarement dans l'urine.

Leur présence a été signalée encore dans le poumon et dans la substance musculaire du cœur.

10. Quels sont les endroits où se retrouve, dans la nature, le bacille de la fièvre typhoïde?

On a constaté la présence des bacilles d'Eberth dans l'eau servant aux usages alimentaires, et c'est elle qui paraît être leur principal véhicule. Les substances alimentaires, la viande et le lait ont été incriminés aussi.

De tous les porte-contages, ce sont incontestablement l'homme et les objets qui servent à son usage, qui le plus souvent doivent être accusés d'être les agents de transmission du bacille. Les linges souillés, les déjections alvines non stérilisées sont les moyens de propagation les plus habituels.

11. Par quelle voie et comment le bacille de la fièvre typhoïde pénètre-t-il dans notre économie?

Trois modes de pénétration lui sont offerts : les organes de la digestion, ceux des voies respiratoires et enfin la masse sanguine, où il peut s'introduire directement par son insertion au niveau d'une solution de continuité.

Écartons ce dernier mode, qui n'a pas encore été observé dans la pratique.

Les deux autres voies d'introduction ont été indiquées et défendues avec une égale ardeur par des partisans animés d'une égale conviction. Dans l'état actuel de la science, la théorie qui limite la porte d'entrée du bacille à la voie intestinale rallie la majeure partie des suffrages.

12. Un dernier point que nous tenons à indiquer dès aujourd'hui avant de quitter nos malades de la rue de Flandre.

Le bacille d'Eberth pénétrant dans l'organisme humain y développe-t-il fatalement la fièvre typhoïde?

Non ; le bacille d'Eberth, pénétrant dans le corps humain, peut n'y provoquer aucune manifestation morbide. Il faut un autre facteur pour que la dothiententerie se déclare. Cet autre facteur, c'est la prédisposition spéciale de l'économie, sans laquelle le microbe ne peut rien.

Le bacille a toute l'importance d'une lésion anatomo-pathologique, mais en même temps il en a la signification restreinte. Il existe, nous l'admettons volontiers, dans tous les cas de fièvre typhoïde où on l'a recherché, mais au même titre que la leucocytose et les autres lésions propres à la maladie.

Il serait contraire à l'observation médicale de restreindre l'histoire de la fièvre typhoïde à la description des ravages du bacille; il n'est nuisible que si l'organisme est préalablement malade, et c'est cet état antérieur de l'économie, qui n'est pas du tout connu, qui constitue le point de départ vrai et médical du processus typhoïde.

Nous aurons l'occasion de revenir sur ces points.

N° 92.

Diabète sucré. — Molluscum contagiosum.

1. Le nommé Georges D , dit Goliath, âgé de 25 ans, serrurier, d'une constitution forte, d'un tempérament sanguin, est atteint de diabète sucré à un degré exceptionnel; il nous donne jusqu'à 1100 grammes de sucre par jour.

Nous n'insisterons pas ici sur les différentes théories que l'on a avancées pour expliquer la genèse du diabète sucré.

Nous nous bornerons à vous rappeler que parmi les nombreuses variétés de maladies que l'on a groupées sous cette rubrique clinique, il en est deux qui attirent aujourd'hui surtout l'attention: c'est le diabète gras et le diabète maigre.

2. Vous avez eu l'occasion de voir trois cas de diabète maigre dans le cours de la clinique.

Le premier, après un séjour de plusieurs mois à l'hôpital, a succombé à une forme de phtisie pulmonaire avec excavation.

Le deuxième, alcoolique invétéré, a succombé à un diabète consécutif à une sclérose des cordons postérieurs de la moelle; les convulsions ont terminé son existence.

Le troisième, chez lequel nous n'avons pas pu déterminer la lésion anatomique, cause du diabète, est mort dans le coma spécial que vous connaissez comme une des terminaisons fréquentes de l'affection.

3. Goliath, au contraire, est un diabétique gras; il pèse 110 kilogrammes. Il est à l'hôpital (salle 9, lit 1) depuis le 16 janvier 1890.

La quantité de glucose urinaire qu'il rend représente le chiffre le plus élevé que nous ayons eu l'occasion de noter; elle atteint pour certains jours 1,100 grammes. Elle est rarement inférieure à 800 grammes. Les proportions d'urée et de chlorures sont également élevées; le tableau suivant, qui porte sur une période de dix jours, vous le montre :

DATE.	Quantité d'urine.	Urée.	Chlorures.	Acide phosphorique.	Sucre.
24 mars 1889. .	18,000	144.30	67.50	10.44	1169.28
25 — . .	15,000	105.50	52.50	11.40	873.60
26 — . .	16,000	120.60	48.00	11.84	1075.20
27 — . .	16,000	108.50	60.00	14.40	1003.52
28 — . .	15,000	105.50	60.00	7.80	873.60
Moyenne	16,000	116.68	57.60	11.17	999.04
29 mars 1889. .	16,000	88.30	56.00	10.24	967.68
30 — . .	16,000	104.50	56.00	11.20	1003.52
1 ^{er} mai 1889. .	14,000	94.90	35.00	11.48	878.08
2 — . .	16,000	100.50	68.00	8.32	1039.36
3 — . .	16,400	94.70	65.60	14.80	955.13
Moyenne	15,680	96.58	56.12	11.20	968.75

4. La cause première du diabète sucré n'a pas encore pu être déterminée chez notre malade.

5. Nous avons essayé de modifier la glycosurie par le régime; et, suivant le conseil de Seegen, nous avons soumis Goliath à la diète absolue pendant quatre jours; la proportion de glucose n'est pas descendue au-dessous de 400 grammes. Cette épreuve a cette signification, c'est que le malade

emprunte les matériaux de sa glycosurie à ses propres tissus tout autant qu'à l'alimentation.

C'est un signe des formes graves du diabète.

6. Nous n'insisterons pas actuellement sur les facteurs fonctionnels dont le trouble est de nature à engendrer la glycogénèse exagérée qui domine ici; nous en parlerons plus tard, et ce sera malheureusement l'occasion de mettre au jour la pauvreté de nos connaissances sur ce problème si intéressant de la glycogénèse.

7. Le motif pour lequel nous nous arrêtons à ce lit est un accident cutané qui s'est produit tout récemment et que vous aurez rarement l'occasion d'observer. Il s'agit d'une éruption généralisée du *molluscum contagiosum* (de Bateman).

Un mot sur l'évolution d'abord.

Goliath a été soumis à différentes médications que l'on a recommandées comme souveraines dans les cas de diabète sucré; elles ont toutes échoué.

Le dernier agent auquel il a été soumis est l'antipyrine. Il l'a pris à partir du 26 mars, à la dose de 2 grammes par jour. Sept jours après, nous avons constaté sur le bras gauche du malade une éruption à forme d'élevures ressemblant à de l'acné; nous avons cru d'abord qu'il s'agissait d'une de ces éruptions que l'on observe parfois et que nous avons eu l'occasion de vous montrer à la suite de l'emploi de l'antipyrine. Nous avons été promptement ramené à une autre opinion par l'évolution du cas. L'éruption s'est répandue à toute la surface du corps et se présente aujourd'hui avec les caractères que vous voyez et que nous allons vous décrire :

Siège. — L'éruption occupe tout le dos, les membres inférieurs, la nuque, les parties latérales et antérieure du cou, les membres supérieurs, y compris la paume des mains; les mamelons sont aussi envahis.

Abondance. — A certaines régions, elle est discrète : jambes, paume de la main et par-ci par-là dans le dos; ailleurs elle se présente en corymbes très serrés.

Nous avons compté le nombre de boutons réunis dans un espace mesurant 25 centimètres carrés de surface; il varie beaucoup : à certaines régions, il y en a de 80 à 100; à d'autres, 30 à 40; à d'autres, une partie

est constituée par une trentaine de boutons isolés, à côté d'une quarantaine d'autres à surface framboisée, résultat de la confluence d'une dizaine de tumeurs.

Dimension. — La grandeur d'un bouton varie de la dimension d'une tête d'épingle jusqu'à celle d'une tumeur mesurant 8 millimètres de diamètre. A certains points deux boutons voisins sont confondus.

Forme. — Au degré initial, points rouges légèrement saillants, indolores spontanément et à la pression du doigt; pas de traces de vésicules.

A un degré plus avancé, la saillie s'étale en présentant la forme d'un dôme.

Puis le centre se relève de nouveau et prend une forme acuminée.

Un peu plus tard, la teinte, qui primitivement était rouge, prend un aspect plus crémeux.

Bientôt le centre se déprime et la saillie devient ombiliquée; en même temps sur les bords du plateau naissent en grand nombre de petites élevures secondaires, d'un aspect jaune doré, et qui donnent à l'ensemble de la saillie un caractère framboisé, par suite des rides que forment les sillons.

A une période plus avancée, on commence à distinguer une vascularisation éparpillée à la surface sous forme d'un réseau vasculaire des plus délicats et à trajet très sinueux.

Comme manifestation la plus avancée, on trouve deux formes :

1° Des boutons crevés par le frottement du malade; au niveau de l'ouverture, on constate l'absence de la cuticule épidermique avec persistance des couches profondes de l'épiderme; on dirait une couche de collodion qui s'est fendillée et qui s'est soulevée en contours irréguliers autour du bouton découvert.

2° Le bouton éclate parfois spontanément, et le résultat de cette ouverture spontanée se présente sous deux formes :

a) Augmentation considérable du contenu jaune crémeux, légèrement orangé, qui finit par érailler la cuticule et par se faire jour en donnant à la surface du bouton l'aspect d'une fraise.

b) A d'autres places, le plateau est envahi par un travail de destruction à aspect gangréneux, noir, sans odeur, mais formant à la surface du plateau une petite eschare superficielle.

Même dans les tumeurs les plus volumineuses, la base de la tumeur paraît absolument saine, et la peau intermédiaire l'est également. On ne peut pas mieux comparer l'éruption qu'à un nombre immense de petits pois déposés dans les couches de l'épiderme et n'intéressant pas le derme. Le seul signe qui indique une participation dermatique, c'est la vascularisation qui se produit à la période avancée du bouton, vascularisation à caractère télangiectasique, comme celle du nez des ivrognes.

Dispositions des poils follets. — A la loupe, on distingue ces poils aussi bien sur les tumeurs que dans les espaces intermédiaires. Ils sortent de la tumeur non par le sommet, mais par les sillons qui rident la surface des boutons. Ces poils, du reste, sont sains.

Tels sont les caractères d'aspect que nous constatons à cette éruption et dont vous pouvez suivre l'évolution en examinant de près la peau du malade.

8. *Diagnostic.* — L'affection se présente avec tous les caractères du *molluscum contagiosum* (de Bateman). La représentation fidèle que l'Atlas de Hebra donne de cet état est sous vos yeux, et vous voyez qu'elle est la reproduction exacte de l'éruption observée sur notre malade.

On s'est beaucoup occupé dans ces dernières années des *diabétides* ; on a donné cette dénomination générique à un grand nombre de maladies de la peau, bien différentes par leurs caractères, mais que l'on a voulu rattacher au diabète. Parmi ces manifestations, il en est une qui a été l'objet de travaux récents des plus importants, c'est le *xanthome* ou *xanthelasma*, que l'on a désigné sous la dénomination de *xanthome des diabétiques*.

9. Nous aurons l'occasion de revenir à une prochaine séance sur ce cas intéressant. Nous nous bornons pour le moment à vous dire que de nombreuses théories ont été émises au sujet de la genèse de cet état morbide ; la plus répandue en attribue l'origine à un produit de rétention

dans les glandes sébacées. Notre malade donne un démenti important à cette théorie en produisant son éruption à la paume des mains.

10. Les points saillants de la forme de molluscum que vous avez sous les yeux se résument comme suit :

- 1° Absence de base inflammatoire autour des boutons ;
 - 2° Forme généralisée de la maladie ;
 - 3° Évolution des plus rapides, présentant les caractères d'un processus aigu.
-

Règles d'utilisation de copies numériques d'œuvres littéraires, réalisées par les Archives & Bibliothèques de l'ULB

L'usage des copies numériques réalisées par les Archives & Bibliothèques de l'ULB, ci-après A&B,, d'œuvres littéraires qu'elles détiennent, ci-après dénommées « documents numérisés », implique un certain nombre de règles de bonne conduite, précisées dans le présent texte. Celui-ci est accessible sur le site web des A&B et reproduit sur la dernière page de chaque document numérisé ; il s'articule selon les trois axes [protection](#), [utilisation](#) et [reproduction](#).

Protection

1. Droits d'auteur

La première page de chaque document numérisé indique les droits d'auteur d'application sur l'œuvre littéraire.

Les œuvres littéraires numérisées par les A&B appartiennent majoritairement au domaine public. Pour les œuvres soumises aux droits d'auteur, les A&B auront pris le soin de conclure un accord avec leurs ayants droits afin de permettre leur numérisation et mise à disposition. Les conditions particulières d'utilisation, de reproduction et de communication de la copie numérique sont précisées sur la dernière page du document protégé.

Dans tous les cas, la reproduction de documents frappés d'interdiction par la législation est exclue.

2. Responsabilité

Malgré les efforts consentis pour garantir les meilleures qualité et accessibilité des documents numérisés, certaines déficiences peuvent y subsister – telles, mais non limitées à, des incomplétudes, des erreurs dans les fichiers, un défaut empêchant l'accès au document, etc. -.

Les A&B déclinent toute responsabilité concernant les dommages, coûts et dépenses, y compris des honoraires légaux, entraînés par l'accès et/ou l'utilisation des documents numérisés. De plus, les A&B ne pourront être mises en cause dans l'exploitation subséquente des documents numérisés ; et la dénomination 'Archives & Bibliothèques de l'ULB', ne pourra être ni utilisée, ni ternie, au prétexte d'utiliser des documents numérisés mis à disposition par elles.

3. Localisation

Chaque document numérisé dispose d'un URL (uniform resource locator) stable de la forme

<http://digistore.bib.ulb.ac.be/annee/nom_du_fichier.pdf> qui permet d'accéder au document ; l'adresse physique ou logique des fichiers étant elle sujette à modifications sans préavis. Les A&B encouragent les utilisateurs à utiliser cet URL lorsqu'ils souhaitent faire référence à un document numérisé.

Utilisation

4. Gratuité

Les A&B mettent gratuitement à la disposition du public les copies numériques d'œuvres littéraires appartenant au domaine public : aucune rémunération ne peut être réclamée par des tiers ni pour leur consultation, ni au prétexte du droit d'auteur.

Pour les œuvres protégées par le droit d'auteur, l'utilisateur se référera aux conditions particulières d'utilisation précisées sur la dernière page du document numérisé.

5. Buts poursuivis

Les documents numérisés peuvent être utilisés à des fins de recherche, d'enseignement ou à usage privé. Quiconque souhaitant utiliser les documents numérisés à d'autres fins et/ou les distribuer contre rémunération est tenu d'en demander l'autorisation aux A&B, en joignant à sa requête, l'auteur, le titre, et l'éditeur du (ou des) document(s) concerné(s).

Demande à adresser au Directeur des Archives & Bibliothèques, Université Libre de Bruxelles, Avenue Franklin Roosevelt 50, CP180, B-1050 Bruxelles. Courriel : bibdir@ulb.ac.be.

6. Citation

Pour toutes les utilisations autorisées, l'utilisateur s'engage à citer dans son travail, les documents utilisés, par la mention « Université Libre de Bruxelles - Archives & Bibliothèques » accompagnée des précisions indispensables à l'identification des documents (auteur, titre, date et lieu d'édition, cote).

7. Exemple de publication

Par ailleurs, quiconque publie un travail – dans les limites des utilisations autorisées – basé sur une partie substantielle d'un ou plusieurs document(s) numérisé(s), s'engage à remettre ou à envoyer gratuitement aux A&B un exemplaire (ou, à défaut, un extrait) justificatif de cette publication. Exemple à adresser au Directeur des Archives & Bibliothèques, Université Libre de Bruxelles, Avenue Franklin Roosevelt 50, CP 180, B-1050 Bruxelles. Courriel : bibdir@ulb.ac.be.

8. Liens profonds

Les liens profonds, donnant directement accès à un document numérisé particulier, sont autorisés si les conditions suivantes sont respectées :

- a) les sites pointant vers ces documents doivent clairement informer leurs utilisateurs qu'ils y ont accès via le site web des A&B ;
- b) l'utilisateur, cliquant un de ces liens profonds, devra voir le document s'ouvrir dans une nouvelle fenêtre ; cette action pourra être accompagnée de l'avertissement 'Vous accédez à un document du site web des Archives et Bibliothèques de l'ULB'.

Reproduction

9. Sous format électronique

Pour toutes les utilisations autorisées mentionnées dans ce règlement le téléchargement, la copie et le stockage des copies numériques sont permis. Toutefois les copies numériques ne peuvent être stockées dans une autre base de données dans le but d'y donner accès ; l'URL permanent (voir [Article 3](#)) doit toujours être utilisé pour donner accès à la copie numérique mise à disposition par les Archives & Bibliothèques.

10. Sur support papier

Pour toutes les utilisations autorisées mentionnées dans le présent texte les fac-similés exacts, les impressions et les photocopies, ainsi que le copié/collé (lorsque le document est au format texte) sont permis.

11. Références

Quel que soit le support de reproduction, la suppression des références aux Archives & Bibliothèques dans les documents numérisés est interdite.