

laire. Les ligaments sont souvent distendus, relâchés et permettent des mouvements de latéralité.

Le liquide, parfois filant et visqueux, est souvent fluide, transparent, contenant parfois des flocons albumineux; une légère teinte rosée indique des hémorragies microscopiques. Il est coagulable par la chaleur et les acides.

Le cytodagnostic de Widal et Ravaut montre que le culot de centrifugation n'est pas toujours le même; on y trouve en abondance tantôt des mononucléaires, tantôt des polynucléaires; la formule mononucléaire est en faveur de la tuberculose, c'est dire que l'hydarthrose dite idiopathique peut être démembrée après examen cytologique.

Symptômes. — L'articulation atteinte n'est pas douloureuse, la gêne fonctionnelle est très atténuée, c'est une simple diminution de l'amplitude normale des mouvements habituels; parfois même elle est nulle.

L'article est fortement déformé. Les méplats sont effacés et des saillies se forment au niveau des culs-de-sac superficiels de la synoviale distendue.

Au genou, il y a d'abord déformation en quelque sorte régulière, globuleuse, la rotule et le tendon quadricipital sont soulevés quand le liquide est sous tension plus haute; le tendon du quadriceps, le ligament rotulien, et latéralement les ailerons de la rotule décomposent le gonflement en quatre saillies, deux de chaque côté du tendon quadricipital, un peu au-dessus de la rotule, deux au-dessous de la rotule, de chaque côté du ligament rotulien. Au cou-de-pied, les saillies se forment en avant des malléoles, de chaque côté des tendons extenseurs. Au coude, les saillies appréciables sont en arrière de chaque côté de l'olécrane et du tendon tricipital.

Quand l'articulation est profonde le bombement est général et il n'existe aucune saillie isolée appréciable.

Quand il existe au voisinage de l'articulation une bourse séreuse communiquant avec la synoviale, elle se remplit comme cette dernière, mais ce diverticule distendu n'est appréciable à l'œil que lorsqu'il est superficiel; c'est ainsi qu'au genou, on peut voir bomber en arrière et en dedans un kyste poplité de la bourse du demi-membraneux et du jumeau interne. Les distensions analogues de la bourse du psoas, à la hanche, de la bourse du sous-scapulaire à l'épaule ne font qu'accentuer la déformation diffuse, mais n'offrent point de saillie propre.

La fluctuation est facilement sentie à la palpation quand il existe des saillies superficielles de la synoviale; le doigt passif reposant sur une bosselure, reçoit la transmission du choc que lui envoie le doigt actif pressant à une certaine distance ou sur une autre bosselure.

Quand l'articulation est profonde, la fluctuation est difficile à sentir; on la cherchera dans les régions où l'articulation est le plus abordable; à l'épaule au niveau du sillon delto-pectoral, à la hanche au niveau de la face inférieure de l'articulation qu'on palpe par la face interne de la racine de la cuisse, mise en flexion-adduction.

Au genou, il existe une autre façon de sentir la fluctuation; le doigt actif repousse la rotule, deux doigts passifs placés de chaque côté du tendon quadricipital enregistrent la transmission de pression et en même temps l'expansion, car ils sont écartés l'un de l'autre en même temps que soulevés.

On peut encore au genou constater la présence du liquide qui soulève la rotule par un autre signe: le choc rotulien. Une pression un peu brusque imprimée à la rotule chasse brusquement le liquide qui l'écarte des condyles, contre lesquels elle vient frapper en donnant une sensation particulière. Pour que la manœuvre soit possible, il faut que le quadriceps soit relâché et inerte; aussi doit-on non seulement mettre le membre en extension, mais chercher l'hyperextension passive en soulevant la jambe du plan du lit par un petit coussin placé sous le talon: les couvertures amassées au pied du lit peuvent tenir lieu de coussin.

La recherche du choc rotulien ne donne pas toujours les mêmes résultats. Quand le liquide est en trop grande abondance, que la pression intra-synoviale est élevée, il est impossible de pousser la rotule contre les condyles, et on ne peut avoir que la fluctuation par le mode spécial, dont nous avons parlé plus haut.

Quand, au contraire, le liquide est en très petite quantité et ne soulève pas suffisamment la rotule, il faut l'accumuler sous l'os par une manœuvre spéciale: les doigts de la main gauche appuient sur le cul-de-sac sous-quadricipital, entourant la moitié supérieure de la rotule; le pouce et le médius droits circonscrivent l'os par en bas, passent sur le tendon rotulien, et écrasent les culs-de-sac latéraux de l'articulation; l'index droit, resté libre, donne une impulsion vive sur la rotule artificiellement soulevée par le liquide refoulé sous elle et permet la constatation du choc rotulien.

Les *muscles* sont habituellement légèrement *atrophies*, quoique beaucoup moins que dans les arthrites; l'atrophie prédomine sur les extenseurs.

En provoquant des mouvements, on constate que la flexion et l'extension sont légèrement gênées; la distension ligamenteuse, disloquant l'articulation, permet d'obtenir des *mouvements de latéralité anormaux*.

Marche. — Habituellement, la résorption se fait assez vite sous l'influence du repos.

Parfois cependant, le liquide peut augmenter et la tension est parfois suffisante pour que la rupture se produise au moindre traumatisme, les faits de rupture sont cependant rares.

Parfois le liquide disparaît et réapparaît périodiquement d'une façon très régulière; c'est l'*hydarthrose périodique* sur la nature de laquelle on n'est pas du tout fixé, certains auteurs en faisant de la tuberculose ou de la syphilis, d'autres une sorte de nécrose articulaire, d'autres enfin la rattachant au paludisme.

Complications. — L'hydarthrose peut être aggravée par des complications secondaires; la suppuration de la collection séreuse au cours d'une infection quelconque (fièvre typhoïde, variole, diphtérie); la laxité articulaire peut faciliter des entorses, des luxations.

On a dit qu'une tumeur blanche pouvait se greffer sur une hydarthrose; cela est possible, mais il est vraisemblable que l'hydarthrose a été la première réaction de la synoviale touchée par la tuberculose.

Diagnostic. — Le diagnostic d'hydarthrose se pose avec l'hémarthrose (v. c. m.) et les fongosités de la tuberculose (V. ARTHRITE TUBERCULEUSE). La difficulté est surtout dans le diagnostic étiologique. (V. classement étiologi-

que). L'examen cytologique du liquide fournira un élément important, en plus de l'interrogatoire et de l'examen du malade.

Traitement. — Il est un peu variable suivant la cause de l'hydarthrose et pour ces variétés on se reportera au traitement de l'affection causale (V. articles auxquels renvoie l'étiologie). Nous n'exposerons que le traitement de l'hydarthrose idiopathique.

Nous déconseillons les *révulsifs* (teinture d'iode, vésicatoire) qui nous semblent insuffisants et même nuisibles, car ils lèsent la peau; nous repoussons de même l'*arthrotomie* qui nous semble injustifiée dans de pareils cas, elle nous semble devoir être réservée aux cas dans lesquels tous les autres traitements ont échoué; il sera bon alors de faire un lavage modificateur de la synoviale et non une simple ouverture (acide phénique à 5 pour 100, sublimé à 1/1000, liqueur iodo-iodurée, eau oxygénée).

Nous serions assez partisan de la *ponction* simple, à la condition de la faire aseptique et de toujours la faire suivre du traitement que nous allons décrire. Cette ponction empêche le liquide de distendre par trop la capsule et les ligaments, il présente dans une certaine mesure la dislocation articulaire.

Nous croyons que dans la plupart des cas, l'immobilisation associée à la compression doit suffire. L'*immobilisation* n'a pas besoin d'être absolument rigoureuse; la gouttière plâtrée est superflue; l'attelle de Bœckel, ou la gouttière de fil de fer y suffit.

La *compression* est ordinairement faite avec de l'ouate dont on entoure le membre depuis son extrémité; cette précaution est nécessaire pour que la compression ne devienne pas pénible. Il ne faut pas oublier non seulement de mettre de l'ouate autour du pied, mais d'en introduire de petits fragments entre les orteils pour éviter leur écrasement. La compression doit être assez serrée. Comme d'ailleurs la bande compressive se relâche toujours un peu et que l'ouate se tasse, il est bon de mettre de temps en temps une bande plus serrée sur la bande primitive, sans retirer celle-ci: on est ainsi sûr de gagner sans rien perdre.

La *compression effective et graduée, combinée avec l'immobilisation* est réalisée par les coussins en caoutchouc d'Heitz Boyer, coussins semblables à ceux qu'il emploie dans ses appareils à fractures. Le mode opératoire est simple. L'immobilisation est réalisée par une demi-gouttière plâtrée postérieure; on intercale entre la gouttière et la région poplitée, soit de l'ouate, soit un coussin de caoutchouc rempli d'eau; peut être une simple attelle de Bœckel suffirait-elle. On place un coussin sus-rotulien, long et large de trois travers de doigts à peu près, vide, au-dessus de la rotule, recouvrant légèrement les parties latérales de l'articulation; on pourrait même ajouter un petit coussin échancré sous-rotulien. Ces coussins de caoutchouc à tubulure, sont fixés vides par quelques tours de bande de Velpeau; par là tubulure, laissée libre, on introduit alors dans le coussin une certaine quantité d'eau avec la seringue de Guyon; on peut graduer comme on veut la compression; un petit manomètre métallique interposé permet de vérifier la pression à chaque instant. Il ne faut pas distendre à plus de 250 gr.; 200 gr. est le chiffre moyen. On pourrait distendre avec de l'air, plus souple et plus moelleux. Mais l'eau a l'avantage de pouvoir être facilement introduite chaude; si bien que cette méthode à

la compression et à l'immobilisation, ajoute l'action de l'eau chaude (Reclus).

Si un peu d'ouate est interposée entre le coussin de caoutchouc et la peau, on peut injecter de l'eau à 60° ou 70°; on pourra faire agir ainsi l'eau chaude deux fois par jour. Cette méthode est un peu récente pour qu'on la juge, mais elle a guéri des hydarthroses rebelles et elle est très rationnelle. Nous pensons que, généralisée, elle pourrait rendre de vrais services. CHEVRIER.

HYDATIDES et HYDATIQUES (KYSTES). — V. FOIE (ECHINOCOCCOSE).

HYDRAMNIOS. — L'hydramnios, hydroamnios, hydropisie de l'amnios, est constituée par l'exagération du liquide amniotique.

L'hydramnios n'est pas une maladie spéciale. C'est un symptôme commun à des états morbides différents, soit de la mère, soit du fœtus, états morbides au premier rang desquels il faut placer la *syphilis* et les *vices de conformation du fœtus*. L'hydramnios coïncide, en outre, fréquemment, avec la grossesse gémellaire; dans ce cas, elle ne se produit, le plus souvent que dans un seul des deux œufs.

Symptômes et Évolution. — On n'observe guère l'hydramnios avant le quatrième ou le cinquième mois de la grossesse car il est rare que, avant cette époque, l'exagération du liquide amniotique soit suffisante pour donner lieu à des troubles fonctionnels sérieux et pour que le médecin soit consulté. Il existe, cependant, des cas dans lesquels, dès le quatrième mois, une hydropisie de l'amnios très abondante et se développant très rapidement a pu causer des troubles sérieux.

Les symptômes qui accompagnent l'hydramnios varient suivant que le liquide amniotique est plus ou moins abondant et, aussi, suivant la rapidité avec laquelle l'affection évolue.

Dans les cas à évolution lente, avec hydropisie modérée de l'amnios, les troubles fonctionnels sont peu considérables. L'exagération du volume du ventre et le poids du liquide que contient l'utérus alourdissent la femme qui se plaint de gêne, de pesanteur pendant la marche, pesanteur augmentée encore par l'œdème des membres inférieurs et des organes génitaux externes, de douleurs lombaires et hypogastriques, le plus souvent très supportables. Il n'est pas rare de constater, de plus, une exagération sensible des phénomènes d'auto-intoxication gravidique. Les vomissements sont souvent plus tenaces. L'albuminurie se rencontre aussi plus fréquemment.

Dans les cas où l'exagération du liquide amniotique est considérable (elle peut atteindre jusque 15 à 20 litres et plus) et, surtout, si l'hydropisie de l'amnios s'est développée très rapidement, en quelques jours, comme on le voit parfois, les douleurs sont plus marquées, presque continues. La femme ne peut pas dormir, elle s'épuise et son état général s'altère rapidement. En outre, dans ces cas extrêmes, les mouvements du diaphragme sont gênés à cause de douleurs extrêmement vives au niveau des insertions de ce muscle. Il se produit des troubles respiratoires: dyspnée, orthopnée, dans certains cas, même, de véritables accidents d'asphyxie. La quantité des urines émises en vingt-quatre heures diminue et peut tomber jusqu'à 1 litre 800 grammes. Chez d'autres femmes, au contraire, il y a polyurie: 3, 4 litres dans les vingt-quatre heures.

L'analyse révèle alors une glycosurie plus ou moins abondante (Pinard).

En outre, sous l'influence de la distension extrême de l'utérus, il est fréquent, surtout lorsque l'évolution de l'hydramnios s'est faite rapidement, de voir la grossesse se terminer prématurément, le travail se produisant, soit spontanément, soit après rupture prématurée des membranes.

Le travail est souvent lent, à son début à cause de la surdistension de l'utérus et de l'irrégularité des contractions qui en résulte. Le plus souvent, la rupture spontanée ou provoquée des membranes suffit à accélérer l'accouchement. La marche de l'accouchement est, en outre, fréquemment troublée par le défaut d'accommodation du fœtus qui entraîne, dans un grand nombre de cas, des présentations vicieuses et des procidences du cordon ou des membres. Enfin les hémorragies de la délivrance sont fréquentes dans l'hydramnios.

Le premier point qui attire l'attention, lorsqu'on se trouve en face d'une hydropisie de l'amnios, c'est le développement excessif du ventre par rapport à l'âge présumé de la grossesse. La paroi abdominale est, le plus habituellement amincie, elle a un aspect brillant, luisant, dû aux vergetures qui sont extrêmement nombreuses. Souvent, on constate de l'œdème sus-pubien; dans quelques cas, cet œdème existe sur une large étendue de la paroi abdominale. Les veines sous-cutanées abdominales sont fréquemment très développées et très apparentes.

Le palper donne des résultats différents suivant l'époque de la grossesse à laquelle on pratique l'examen et suivant la quantité plus ou moins grande de liquide amniotique contenu dans l'œuf.

Dans la première moitié de la grossesse, le palper ne fait constater que l'excès de volume de l'utérus et la tension de la paroi utérine. Il permet, aussi, quand le liquide amniotique est très abondant, de percevoir la *sensation de flot*.

Dans la deuxième moitié de la grossesse, la moindre pression amène un déplacement du fœtus et on produit avec la plus grande facilité le *ballotement abdominal*.

Même très près du terme, le fœtus reste extrêmement mobile. Soustrait à l'action des parois utérine et abdominale, il évolue sans le moindre obstacle et les mutations de présentation sont fréquentes.

Ces signes ne s'appliquent qu'aux cas d'hydropisie de l'amnios relativement modérée; mais les renseignements fournis par le palper sont beaucoup plus incomplets quand le liquide est extrêmement abondant. Alors, souvent, il devient impossible de percevoir aucune partie fœtale et cela, d'autant plus que la paroi utérine est en état de tension permanente et que le palper est douloureux, très mal supporté par la patiente. Le palper pratiqué avec une très grande délicatesse ou au niveau du point déclive de l'utérus, la femme étant dans le décubitus latéral peut, toutefois, même dans des cas d'abondance extrême du liquide, permettre de constater la présence du fœtus.

Enfin, à défaut d'autres signes, on peut, par un palper suffisamment prolongé, provoquer et sentir une ou plusieurs contractions utérines.

L'auscultation donne, elle aussi, souvent, des résultats incomplets. La seule pression du stéthoscope suffit pour éloigner le fœtus de la paroi. Il s'ensuit que les bruits du cœur fœtal sont souvent sourds, obscurs, et que, dans certains cas, il devient impossible de les entendre. De là, aussi, provient la difficulté

de faire le diagnostic de vie ou de mort du fœtus, qui ne doit être fait qu'avec une extrême réserve.

Le toucher permet, dans les cas d'hydramnios modérée de trouver au niveau du segment inférieur, des parties fœtales très mobiles. Le ballotement vaginal est très facilement provoqué. Dans les cas d'hydramnios abondante, le segment inférieur plonge dans l'excavation, distendu par du liquide, mais ne contenant aucune partie fœtale. On trouve, parfois le col *déhiscent*. Le doigt arrive sur les membranes qu'il trouve constamment tendues. Un choc sur la paroi abdominale permet au doigt vaginal, de percevoir la sensation de flot au niveau du segment inférieur.

Diagnostic. — Dans les cas d'intensité moyenne, le diagnostic est facile, parce que l'exploration permet de constater, en même temps que les signes de certitude de la grossesse, l'exagération du liquide amniotique.

Mais, lorsque le liquide amniotique est extrêmement abondant, une erreur de diagnostic est facile et l'erreur la plus fréquemment commise consiste à prendre une grossesse hydramniotique pour un kyste de l'ovaire ou pour une ascite.

Le diagnostic avec l'ascite n'offre aucune difficulté. Il suffit de pratiquer méthodiquement la percussion et le palper pour éviter l'erreur.

Le diagnostic différentiel entre l'hydramnios et le kyste de l'ovaire offre plus de difficultés. Cependant l'existence de contractions intermittentes, les modifications du col et du segment inférieur et, surtout, la suppression des règles permettent de faire le diagnostic de grossesse, ou, tout au moins de rester sur la réserve, lorsqu'aucun signe de certitude de la grossesse n'a pu être recueilli. Cette attente n'a pas d'inconvénient lorsqu'il ne se produit chez la mère aucun trouble fonctionnel sérieux. Dans le cas contraire, et surtout s'il survenait des troubles asphyxiques, une ponction avec un trocart fin permettrait, par l'examen du liquide, de lever tous les doutes.

La distension de l'utérus peut, dans certains cas d'hydramnios avec grossesse simple, faire penser à une grossesse gémellaire. L'erreur sera évitée, si on se rappelle que le diagnostic de grossesse gémellaire ne doit être fait que lorsque le palper a permis la perception nette de trois ou de quatre grosses extrémités fœtales.

Dans le cas de grossesse gémellaire avec hydramnios d'un seul œuf, le diagnostic est facile, lorsque la quantité de liquide amniotique est assez modérée pour permettre de percevoir, par le palper, le fœtus contenu dans l'œuf malade. La différence de tension entre deux régions de l'utérus peut, même, dès le début du palper, attirer l'attention sur l'existence d'une grossesse gémellaire. Il en sera de même quand, chez une femme présentant des symptômes de grossesse, le palper aura montré l'existence d'une tumeur abdominale liquide considérable, non différenciable de l'utérus et que le toucher aura fait constater que le segment inférieur de l'utérus et les membranes ovulaires qui sont en contact avec lui ne sont nullement tendues.

Dans ce cas, toutefois, on peut hésiter entre le diagnostic de grossesse gémellaire avec hydramnios d'un seul œuf, et celui de grossesse simple compliquée de kyste de l'ovaire. La ponction seule a pu, dans certains cas permettre d'affirmer le diagnostic (PINARD-TILLAUX).

Pronostic. — Le pronostic de l'hydropisie de l'amnios est sérieux, en ce qui concerne l'enfant, pour les raisons suivantes :

La grossesse est souvent interrompue prématurément. Du fait de l'accouchement prématuré, l'enfant, même bien conformé, naît faible et s'élève plus difficilement.

L'enfant succombe, in utero, dans un quart des cas, environ. Il est souvent mal conformé ou porteur de lésions incompatibles avec l'existence. De plus, *l'hérédosyphilis est fréquente,* dans le cas d'hydramnios. L'enfant peut naître avec des lésions spécifiques. Il peut, aussi, ne présenter aucune lésion au moment de sa naissance; mais, souvent, les lésions caractéristiques de la syphilis héréditaire apparaîtront au bout de quelques semaines.

Enfin, la vie de l'enfant est encore mise en danger par les *présentations vicieuses* et par les *procidences du cordon et des membres*, résultat du défaut d'accommodation du fœtus.

Quant à la mère, le pronostic est loin d'être aussi grave pour elle que pour l'enfant. Les troubles fonctionnels et, en particulier, les troubles asphyxiques qui peuvent se produire au cours de la grossesse ne compromettent la mère que dans une faible mesure, quand elle est bien surveillée et qu'on intervient en temps utile. Il en est de même des présentations vicieuses et des procidences qui, cependant, par les manœuvres opératoires qu'elles nécessitent, aggravent sensiblement, pour la mère, le pronostic de l'accouchement.

Traitement. — Il n'existe pas, à proprement parler, de traitement curatif de l'hydramnios. On a fait et on peut essayer le *traitement antisiphilitique*; mais il n'en faut pas attendre grand résultat quand l'hydramnios a déjà commencé son évolution.

En revanche, le traitement mercuriel doit être employé comme *préventif* chez une femme ayant eu déjà une grossesse compliquée d'hydramnios, même s'il persiste des doutes au sujet de l'existence de la syphilis.

C'est donc, surtout, à prévenir et à traiter les complications que le médecin devra s'attacher.

En face d'accidents graves de compression ou d'asphyxie, dans le cas, aussi, où la quantité des urines diminue rapidement et tombe au-dessous de 800 grammes par vingt-quatre heures, l'indication formelle est de diminuer le volume de l'utérus (Pinard). *Si la grossesse est assez avancée,* c'est-à-dire si elle a atteint au moins la fin du 8^e mois, si, par conséquent, on a des chances sérieuses d'avoir un enfant viable, le mieux est de *rompre les membranes au niveau du col*, la rupture des membranes amenant l'accouchement, c'est-à-dire l'évacuation complète de l'utérus.

Si la grossesse est éloignée du terme, mieux vaudrait, en cas d'accidents menaçants, faire la *ponction de l'œuf* à travers la paroi abdominale, l'évacuation du liquide ainsi faite, permettant à la grossesse de se prolonger encore un certain temps, trois semaines à un mois dans les cas de Pinard et de Tillaux. La ponction ainsi faite sera, aussi, appliquée avec avantage quand il y aura grossesse gémellaire avec hydramnios d'un seul œuf, si cet œuf n'est pas en rapport avec le segment inférieur de l'utérus.

Il faut, évidemment, se servir, pour cette ponction, d'un très fin trocart, mener lentement l'évacuation du liquide et l'arrêter lorsque la déplétion utérine

sera suffisante pour que les accidents de compression soient enrayés ou, encore, s'il se produit des contractions utérines rapprochées. Il faut, aussi, agir sous le couvert d'une rigoureuse asepsie, maintenir, ensuite, la femme au repos absolu et, en cas de besoin, calmer les contractions utérines à l'aide de la morphine ou de l'opium.

Toutefois, il n'y a pas lieu d'intervenir, soit par rupture des membranes au niveau du segment inférieur, soit par ponction par la paroi abdominale, si le fœtus meurt, la mort du fœtus étant généralement suivie d'une diminution très prononcée du liquide amniotique et, par suite, de la disparition des accidents.

Au moment de l'accouchement, il n'y a, si la dilatation se fait normalement, qu'à attendre la dilatation complète.

Si la dilatation est lente, il ne faut pas hésiter à rompre les membranes, l'ouverture de l'œuf et l'écoulement du liquide amniotique suffisant, habituellement, pour accélérer considérablement la marche du travail. *Mais il est absolument nécessaire, pour être autorisé à rompre les membranes avant la dilatation complète, de s'être assuré, au préalable, que le fœtus se présente soit par la tête, soit par le siège.*

De plus, en rompant les membranes, il faut, autant que possible, éviter les procidences du cordon ombilical ou des membres. Pour cela, il est nécessaire d'appliquer, autant que les circonstances le permettront, la présentation fœtale sur le détroit supérieur. En outre, on doit modérer l'écoulement du liquide amniotique. Pour cela, l'index étant introduit dans le vagin, le reste de la main, les doigts étant fermés, sera fortement appliqué dans l'orifice vulvaire et y restera enfoncé pendant que l'index fera aux membranes une ouverture très petite. Le poing faisant bouchon dans la vulve interrompra et modérera l'écoulement du liquide et empêchera le flot brusque qui eût pu favoriser les procidences (Tarnier).

Il est, en outre, indispensable de peser l'arrière-faix et le fœtus de façon à chercher, dans le rapport des deux poids, une indication au point de vue de l'existence de la syphilis (V. SYPHILIS ET GROSSESSE) et de surveiller attentivement l'enfant pour voir si des lésions syphilitiques ne se produiront pas chez lui et pour le traiter, au besoin, sans perte de temps. M. OUI.

HYDRARGYRISME. — L'hydrargyrisme, ou intoxication par le mercure, peut être aigu, subaigu, chronique. A ces trois variétés se superposent à peu près exactement trois divisions étiologiques, ce sont les intoxications criminelle ou accidentelle, médicamenteuse et professionnelle.

A. — **Empoisonnement criminel ou accidentel.** — Les tentatives criminelles sont assez rares, ce qui est dû sans doute à la saveur désagréable du sublimé; les suicides et les accidents sont très fréquents. Dans tous ces cas, les doses toxiques sont des plus variables, dépendant de la susceptibilité personnelle, de la quantité rejetée par les vomissements, etc. Quoi qu'il en soit, à partir de 0 gr. 20 le sublimé a déterminé la mort.

L'évolution peut être aiguë ou suraiguë. Dans les cas *suraigus*, après la douleur constante provoquée par l'ingestion du sublimé, sel le plus souvent employé, caustique en solution concentrée, éclatent presqu'aussitôt de vives

douleurs dans la bouche, le pharynx et surtout à l'épigastre. En même temps, survient de la sécheresse buccale et un goût métallique désagréable est perçu. Plus tard, il y aura une stomatite (v. c. m.) et un ptyalisme intenses. L'inflammation peut s'étendre, gagner le larynx, demander la trachéotomie. Mais, souvent ces symptômes n'ont pas le temps de s'installer; de suite, en tout cas, il s'est manifesté une gastro-entérite violente avec vomissements bilieux et muqueux, déjections glaireuses, le tout bientôt sanguinolent. La température baisse, le pouls devient filiforme, une rémission se produit parfois cependant; mais en général, sans que l'intelligence ait fléchi, le collapsus va progressant, et c'est la mort en quelques heures, 24 au plus, avec une anurie complète le plus souvent. Parfois, quelques convulsions précèdent la mort qui survient dans une syncope.

Quand l'évolution est *aiguë* seulement, tous les symptômes précédents se précisent. Une telle évolution se voit dans les empoisonnements moins violents, dans ces cas où l'individu s'est trouvé exposé à l'émission de vapeurs mercurielles abondantes, etc. On constate encore la triade si importante au point de vue diagnostique de la stomatite, de la gastro-entérite, de l'anurie. La diarrhée s'accompagne d'épreintes, parfois d'ulcérations anales; l'anurie est absolue pendant plusieurs jours; puis l'on peut retirer à la sonde quelques centaines de grammes d'urine albumineuse, renfermant quelquefois du sucre, présentant toujours des cylindres épithéliaux. On a signalé encore des érythèmes, des troubles respiratoires, une céphalée intense; ces troubles ainsi que le myosis relèvent pour beaucoup de l'urémie. Vers le 4^e ou 6^e jour, il y a un amendement léger, mais bientôt, l'état s'aggrave, il y a de l'affaiblissement intellectuel, de l'angoisse et de l'insomnie, le pouls filiforme bat 120 par minute; enfin l'adynamie augmente et la mort vient dans le coma.

L'évolution totale a duré de 8 à 15 jours.

La *guérison* est rare, toujours lente, les troubles psychiques sont fréquents, et le pronostic est aggravé par l'atteinte du rein que la moindre infection trouvera dans l'avenir insuffisant pour éliminer les produits toxiques.

Le *diagnostic* est en général facile grâce aux antécédents; pendant la vie comme à l'autopsie, l'état de la bouche, de l'intestin (côlite dysentérique) et du rein (néphrite épithéliale) appuieront l'hypothèse s'il y a lieu. Dans l'empoisonnement par l'arsenic où le syndrome d'une violente gastro-entérite se rencontre tout spécialement, où même les phases de rémissions sont parallèles, il n'y a jamais de stomatite; les caustiques déterminent au contraire un état local des premières voies digestives beaucoup plus grave que ne le pourrait produire un sel mercuriel, l'état général est en revanche moins atteint d'emblée.

Traitement. — Avant tout, évacuer l'estomac : vomitifs (ipéca-apomorphine), tubage. On administrera tiède et à haute dose l'eau albumineuse (6 à 8 blancs d'œuf neutralisent 0 gr. 60 de sublimé); on aura soin de provoquer le vomissement toutes les cinq minutes, le composé formé étant soluble dans un excès d'albumine et reprenant alors toute sa toxicité. On pourra donner aussi de l'eau sulfureuse. Dans les cas aigus, mais non suraigus, on pourra donner en outre des bains tièdes, des injections de pilocarpine. En tout cas,

suivre les indications symptomatiques (opium, gargarismes, stimulants, etc.).

Apomorphine :

Chlorhydrate d'apomorphine	5 centigrammes.
Eau stérilisée	5 grammes.

Injecter 1/2 à 1 c. c.

Pilocarpine :

Chlorhydrate de pilocarpine	10 centigrammes.
Eau stérilisée	10 grammes.

Injecter 1 à 3 c. c. par 24 heures.

B. — *Intoxication médicamenteuse.* — Les symptômes peuvent être aigus (v. plus haut) ou subaigus, ce qui est le cas ordinaire.

L'intolérance peut se traduire par une action locale ou par une action générale; le premier cas se voit dans les frictions thérapeutiques dirigées contre la syphilis, à propos d'une onction d'onguent napolitain contre une phthiriose pubienne par exemple, il s'agit alors de troubles cutanés le plus souvent accompagnés de stomatite seulement (V. STOMATITE MERCURIELLE), ou bien à la suite de l'attouchement d'une plaie du col utérin par une solution de nitrate acide, il se produit alors du gonflement, une douleur vive, etc. Dans tous ces cas, il peut y avoir également des phénomènes généraux.

Tous les produits mercuriels, et tous les modes de traitement peuvent être incriminés, depuis le lavage utérin au sublimé jusqu'à l'injection intra-veineuse au cyanure, en passant par l'ingestion du sirop de Gibert ou l'injection intramusculaire de calomel ou de biiodure. Le début des accidents peut être très précoce, ne survenir qu'au 5^e ou 6^e jour d'un traitement, ou être au contraire très tardif (enkystement du calomel, de l'huile grise, avec absorption massive du produit plusieurs mois après la manœuvre thérapeutique).

Signalons d'un autre côté les accidents dus à l'ingestion de calomel (à doses purgatives) renfermant par altération du sublimé; il faut s'abstenir en outre de formuler le calomel avec du chlorure de sodium, avec des amandes amères, de l'iodure de potassium. Il se forme de nouveaux sels toxiques. En tout cas, les voies d'élimination sont toujours les mêmes; et le foie, le rein, les urines, la salive, les matières fécales renferment le mercure en abondance.

La diarrhée est souvent le premier symptôme, associé ou non à la salivation. Il n'est pas rare de voir dans les services spéciaux, le jour des piqûres hebdomadaires marqué sur les feuilles de température par une ascension parfois élevée, jusqu'à 39° et 40°; le même jour, les hospitalisés se sont plaints de faire du sang en allant fréquemment du reste à la selle. On peut noter, outre les signes gastro-intestinaux déjà vus, un peu de météorisme, de l'oligurie avec albuminurie, et spécialement des érythèmes. L'hydrargyrie cutanée par action locale se borne souvent à une simple rougeur au voisinage des parties velues; le prurit est assez vif. A un degré plus avancé se développent des nappes rouges, couvertes de vésicules petites, d'abord claires puis louches. L'hydrargyrie de cause générale se voit après l'absorption de Hg, quel que soit le mode employé; les cas légers se bornent à un rash plus ou moins scarlatiniforme; mais on peut rencontrer encore des éruptions vésiculeuses eczématiformes, des exanthèmes durs et œdémateux, chauds et prurigineux, des rashes rubéoliques, de

l'urticaire, enfin de véritables dermatites exfoliatrices généralisées, fébriles, à l'évolution interminable, et dans les cas les plus graves des formations phlycténoïdes de dangereuse dimension.

Les troubles nerveux, la cachexie sont exceptionnels consécutivement aux intoxications médicamenteuses; on a cependant signalé le tremblement.

Traitement. — Suspendre toute médication. S'il y a des troubles cutanés, selon les cas poudrer de talc stérilisé, donner des bains d'amidon chauds et courts (Berdal), régime lacté; dans les cas plus graves, pansement humide ou au liniment oléo-calcaire, ce dernier donne d'excellents résultats. L'opium et les purgatifs huileux combattent l'entérite; enfin l'on pourra donner de l'iodure, du benzoate d'ammoniaque qui solubilisent les sels mercuriels et facilitent leur élimination.

On pourra prescrire par exemple :

Benzoate d'ammoniaque	5 grammes.
Iodure de potassium	20 —
Eau distillée	500 —

2 à 5 cuillerées à soupe par jour. 1 cuillerée renferme 1 gr. d'iodure et 25 centigr. de benzoate.

Il est enfin à retenir que toute médication hydrargyrique ne doit être instituée qu'avec prudence; les susceptibilités individuelles sont telles du reste, et l'absorption est si souvent fragmentaire et retardée, que l'on doit se défier des doses les plus faibles, et s'attendre parfois à voir des accidents avec un gargarisme, une injection intra-utérine, une cautérisation. En tout cas, songer toujours à examiner les urines avant d'instituer un traitement.

Le *diagnostic* est facile, sauf pour les manifestations cutanées, que l'on doit distinguer des rashes des fièvres éruptives, des septicémies (erreur chez une accouchée que l'on traite au sublimé), ou d'un eczéma et d'un érysipèle intercurrents.

C. — **Intoxication professionnelle.** — L'évolution en est à peu près constamment chronique et progressive. Sont exposés à ses accidents les mineurs, les ouvriers employés au secrétage des poils [imbibition par le nitrate de Hg (*secrétage* vient de secret, remède autrefois secret)], à la fabrication des amorces, des poteaux télégraphiques, des jouets et des fleurs artificielles, des médicaments, des instruments météorologiques, les bijoutiers, empailleurs, doreurs et argenteurs, les imprimeurs sur drap, les constructeurs d'ampoules électriques, les employés des tirs à la carabine, les photographes, etc. L'intoxication se fait par les vapeurs, les poussières, les projections liquides, au niveau des muqueuses digestive et respiratoire, ou de l'épiderme ulcéré des extrémités.

Ce sont les mineurs les plus atteints (Almaden, Istria en Espagne). Au début, la face est pâle et bouffie, le teint anémique, le malade devient nerveux, asthénique, angoissé, et quelques troubles intestinaux se révèlent; plus tard, la bouche est en état déplorable, les dents se noircissent et se strient (dents mercurielles de Letulle); les parotides sont gonflées, le pharynx propage son inflammation à la trompe d'Eustache, et la surdité en est la conséquence. L'appétit disparaît, les évacuations alvines sont fréquentes, membraneuses et fétides, souvent striées de sang.

Les *troubles nerveux* passent au premier plan, et parmi eux le tremblement

est des plus caractéristiques. Sans discuter ici son étiologie hystérique ou toxique, décrivons ses vibrations rapides, son évolution. Il a débuté par la langue et les lèvres pour atteindre ensuite le bras, puis les membres inférieurs. Il s'exagère par les mouvements, ne cesse complètement que pendant le sommeil, persiste au repos, ce qui est à peu près le seul caractère, joint à l'étiologie, permettant d'établir une distinction entre la sclérose en plaques et cette forme de l'hydrargyrisme; parfois en effet, la parole est brève, scandée, explosive.

Certains mineurs présentent des convulsions, des crises épileptiformes, des ictus. Ces symptômes peuvent précéder une issue fatale; ils sont bénins en d'autres circonstances, et relèvent probablement encore de l'hystérie ainsi que l'amblyopie et l'hyperacousie rencontrées. Enfin ici, comme dans toutes les intoxications, on trouve des polynévrites chroniques, mais à troubles trophiques et électriques tardifs et peu intenses; il existe également des polynévrites ascendantes aiguës dans lesquelles ces mêmes troubles sont au contraire précoces et accusés. L'intelligence est très atteinte, et l'aboutissant des formes graves est la démence.

La nutrition générale est souvent pervertie, et c'est dans un état de cachexie extrême, compliquée d'athérome, de pneumokoniose que succombent les malheureux. L'avortement n'est point très rare, bien que sans doute moins fréquent qu'on ne l'a dit (bons effets du traitement chez les mères syphilitiques), mais les descendants sont chétifs et malingres.

Traitement. — Il y a d'abord toute une hygiène professionnelle à observer: ventilation, changement des vêtements, défense de manger à l'atelier, bains simples ou sulfureux, au besoin masques préventifs. En dehors de ces données générales, traiter les symptômes par l'opium, l'électricité (névrites), la scopolamine (tremblement). On pourra donner l'iodure comme plus haut.

F. MOUTIER.

HYDROA. — Ce nom, qui désignait jadis diverses affections vésiculeuses, fut appliqué par Bazin :

1° A l'*herpes iris* de Bateman (*hydroa vésiculeux*). — V. ÉRYTHÈMES.

2° A la dermatite herpétiforme (*hydroa bulleux*): l'*hydroa* de Quinquaud en est une variété. — V. PEMPHIGUS.

3° A une affection spéciale, l'*hydroa vacciforme*, propre à l'enfance (à partir de 2 à 5 ans) et cessant après 20 ans, — siégeant presque uniquement sur les parties découvertes, — et semblant due à une irritation par les agents atmosphériques et surtout par le soleil. Avec ou sans malaise général et cuisson locale, se forment des soulèvements épidermiques globuleux, résistants, demi-transparents, reposant sur une base rouge; cloisonnés, ils ne s'affaissent pas à la piqûre, qui fait sourdre un liquide limpide. Ils peuvent devenir plus gros qu'un pois, et alors leur centre s'ombilique et prend une teinte hémorragique. Puis l'élément se recouvre d'une croûte adhérente, qui tombe finalement en laissant une cicatrice varioliforme indélébile: c'est là d'ailleurs le seul point fâcheux au point de vue du pronostic. Chaque élément évolue en trois ou quatre jours, mais la croûte en met jusqu'à quinze à tomber; les poussées durent quelques semaines. L'affection récidive à diverses reprises, surtout du printemps à l'automne.