

célées, pendant laquelle le patient reste exposé à l'infection, et la difformité des cicatrices qui résulte de l'irrégularité du sphacèle. Mais à quel moment et dans quelles limites faut-il intervenir? On ne saurait songer à l'intervention immédiate, car les limites de la gangrène ne pourraient être précisées; on ne saurait songer davantage à une intervention rapide, car on opérerait au sein de tissus d'une vitalité fort réduite et sur lesquels le trauma opératoire serait susceptible de provoquer une nouvelle gangrène. Aussi Legouest, et avec lui tous les auteurs modernes, recommandent-ils la temporisation comme règle générale de conduite. On entourera le membre de substances antiseptiques et l'on attendra pour intervenir que le sillon se soit creusé entre le mort et le vif, que les parties vivantes aient perdu leur excès de volume ainsi que la tension et la chaleur dont elles sont le siège et qu'elles aient récupéré leur souplesse et leur coloration à peu près normales (Legouest). Avec une rigoureuse antisepsie du sillon, on peut temporiser jusqu'à ce que l'on soit fixé sur l'étendue de la mortification des tissus sous-jacents, et par conséquent sur le parti qu'on peut tirer de ces derniers.

Telle est l'indication générale; en pratique, les indications particulières sont beaucoup plus délicates, notamment en ce qui concerne les interventions sur le pied et la main. D'une façon générale, quand on taille un lambeau plantaire, on doit se défier de la rétraction, qui est toujours considérable et telle, dit Maupin, qu'il est difficile de s'en faire une idée quand on ne l'a pas vue. A la main, il importe de s'inspirer de l'utilité ultérieure des parties conservées et de discuter les services qu'elles pourront rendre en vue d'appareils prothétiques, ou de la gêne qu'elles pourront apporter au fonctionnement de la main. La gangrène frappant très irrégulièrement les tissus, ce n'est que tout à fait exceptionnellement qu'il sera possible de songer à une opération régulière; le tact et l'ingéniosité du chirurgien s'exerceront à profiter de tout ce qui pourra rester d'utile au blessé.

Il est des cas où les règles précédentes ne sont pas appli-

cables; ce sont ceux dans lesquels l'affection retentit d'une façon fâcheuse et persistante sur l'économie et peut faire craindre une issue prochainement fatale. Il faut alors opérer à bref délai et sans attendre la délimitation naturelle des parties sphacélées. La diarrhée incoercible, l'anéantissement des forces peuvent devenir la cause d'une nécessité pressante (Legouest).

3° Le traitement des lésions dégénératives s'exerce surtout sur les troubles de l'innervation et de la circulation; il est toujours fort long et plein d'incertitudes. On recommande les *douches de vapeur*, les *frictions sèches ou térébenthinées*, les *courants continus* faibles, l'*enveloppement* dans la flanelle ou la ouate. Legouest conseille contre l'engelure chronique les frictions sèches ou aromatiques et excitantes, et l'enveloppement avec des tissus de laine.

Les *courants continus* sont également applicables dans les cas d'ulcères rebelles (Terrier).

VI

Des accidents causés par le froid en thérapeutique.

Le froid est souvent utilisé en thérapeutique; mais comme il est manié par des mains médicales, on doit s'attendre à ce qu'il ne produise que fort rarement des accidents; quelques-uns néanmoins, généraux ou locaux, lui sont imputables: nous en dirons quelques mots.

1° *Accidents locaux*. — Le froid est employé localement pour produire l'anesthésie ou la révulsion.

L'anesthésie s'obtient le plus souvent à l'aide de mélanges réfrigérants dont l'application est inoffensive, du moins pour les tissus sains. Si elle a duré plusieurs heures, elle laisse parfois à sa suite, pendant quelques heures ou quelques jours, des picotements, des fourmillements, un peu de parésie des vasomoteurs ou de l'engourdissement des muscles; mais on aurait de la peine à trouver une observation dans laquelle de véritables accidents de gelure aient été signalés (Tédenat). Toutefois

il faut être plus réservé sur la tolérance des parties si les tissus sont enflammés (M. Perrin) ou mal nourris, ou si les sujets sont cachectiques (diabétiques, paludiques, athéromateux, etc.).

La révulsion par le froid s'obtient ordinairement par des pulvérisations ou des applications de *chlorure de méthyle*; cette pratique, fort en honneur dans le traitement des névralgies, a donné lieu à quelques accidents. La pulvérisation produit un froid de -23° , qui congèle la peau et peut provoquer une gelure au 1^{er}, au 2^e ou au 3^e degré; l'escharification toutefois est fort rare. Debove¹ rapporte le cas d'un malade traité pour une sciatique par les pulvérisations de chlorure de méthyle et chez lequel la réfrigération produisit de larges eschares, qui mirent à nu les muscles et les tendons et nécessitèrent un séjour au lit de dix mois; mais, pour aboutir à un pareil accident, on avait usé un siphon entier de chlorure de méthyle. Aussi Debove recommande-t-il de ne pas dépasser l'érythème et d'être très réservé de ce moyen chez les diabétiques, les albuminuriques (on pourrait ajouter les paludiques), et de s'en abstenir sur les membres œdématiés. La prudence est de rigueur, comme avec tous les révulsifs, chez les obèses à peau fine, chez les vieillards, et sur la peau qui recouvre immédiatement un os.

2^o *Accidents généraux.* — Les accidents généraux sont très rares; ils peuvent se produire dans deux circonstances: soit dans le cours d'une pratique hydrothérapique proprement dite, soit au cours d'un traitement psychro-thérapique.

La *douche* produit chez tous les sujets qui n'y sont pas accoutumés une sensation de *suffocation* plus ou moins intense, qui s'atténue rapidement par l'usage, mais qui, dans quelques cas exceptionnels, s'accompagne d'une véritable menace d'asphyxie. C'est là un accident généralement sans importance, qui résulte sans doute d'une surcharge momentanée du cœur par le fait de la haute pression que cet organe a à soutenir, et qui cesse soit spontanément, au moment de l'afflux du sang à la périphérie qui accompagne la réaction, soit à l'aide

1. DEBOVE. — *Soc. méd. des hôp.*, 8 avr. 1887.

de frictions générales énergiques qui favorisent cette réaction. Il en est de même des *palpitations* très énergiques (Fleury) qu'on observe parfois dans les mêmes circonstances.

Quelques auteurs signalent comme effet de la douche une *céphalalgie* intense dont les caractères sont un peu variables. Fleury la dit frontale ou occipitale, E. Duval l'a toujours observée occipitale. Pour Fleury, elle se produit surtout chez les sujets anémiques et s'atténue à mesure que le sang se reconstitue; dans six cas cités par E. Duval, il ne s'agissait pas d'anémiques et la céphalalgie a résisté à toutes les précautions. Toujours elle a éclaté comme un coup de foudre, immédiatement après chaque application hydrothérapique. C'est un accident en somme fort rare, mais qui, lorsqu'il se reproduit sans atténuation, est une contre-indication à l'hydrothérapie froide.

J'ai observé un sujet qui éprouvait invariablement des *vertiges* sous l'influence de la douche à 13° et qui supportait bien les douches à une température plus élevée.

La douche en pluie peut provoquer des *attaques hystériques* chez les femmes très nerveuses (Fleury).

Les hydrothérapeutes expérimentés n'ont pas l'occasion d'observer des accidents plus graves; mais ils conviennent qu'un traitement intempestif pourrait en provoquer: «Nul doute, dit E. Duval, que si l'on soumettait un sujet d'une extrême faiblesse à une immersion très froide et de longue durée, à une douche en colonne également très froide, on ne produise des accidents plus ou moins graves et même mortels.»

Le danger, dans ce cas, est évidemment de surmener le cœur au moment de la haute pression aortique qu'il a à subir et de troubler profondément son fonctionnement par la distension qui en résulte.

La psychro-thérapie a également à redouter cet accident. Jürgensen, un des plus chauds partisans du bain froid dans les maladies, avoue que la contraction des vaisseaux périphériques déterminée par le froid occasionne pour le cœur une surcharge de travail assez notable et conçoit qu'il en puisse résulter une paralysie du muscle cardiaque surmené. C'est

par ce mécanisme que le bain froid peut amener le collapsus cardiaque, et Jürgensen pense que des cas de mort ont pu se produire ainsi, notamment dans la pneumonie; toutefois il n'en rapporte aucun. Aussi cet auteur repousse-t-il la méthode réfrigérante dans les cas de pneumonie, très rares d'après lui, où l'état du cœur et des vaisseaux est de nature à compromettre sérieusement la vie du sujet. Il fait prendre aux autres, et en particulier à tous les malades suspects de faiblesse cardiaque, avant et après le bain froid, une boisson stimulante (vin de Bordeaux, de Madère ou de Champagne). Il est également indiqué de proportionner la température du bain à l'état du malade. Chez les sujets faibles et âgés, la température du bain ne sera pas inférieure à 25°-28° (Jürgensen), ou même à 28° (Goumy).

De même, dans la fièvre typhoïde, Juhel-Rénoy recommande avec raison, dans les formes malignes ou compliquées, de donner [les premiers bains à une température inférieure de 6° seulement à celle du malade, puis de ramener progressivement la température à 27° ou 28°. « Ces premiers bains seront très courts, très surveillés. A la moindre cyanose, le malade sera enlevé du bain et frictionné. » Un vigoureux massage soutiendra le travail du cœur. En un mot, il faut tâtonner (Brand), donner les bains avec une variabilité extrême et voir comment le cœur et le cerveau se comportent vis-à-vis de la réfrigération (Juhel-Rénoy).

Desnos cite un cas de *syncope* provoqué par un bain froid prescrit contre le délire rhumatismal.

Ce n'est pas ici le lieu de discuter la question de savoir si le bain froid peut provoquer ou non des affections pulmonaires plus graves, telles que la pneumonie ou la pleurésie, le froid n'agissant ici dans tous les cas que comme cause seconde. Tout en étant partisan convaincu des avantages du bain froid dans le traitement de la fièvre typhoïde, il me paraît difficile de nier qu'il n'exagère le catarrhe bronchique habituel.

CHAPITRE II

TRAITEMENT DU TORTICOLIS ET DU LUMBAGO

PAR

ALBERT ROBIN

de l'Académie de médecine.

I

Considérations générales.

Jusqu'à présent, on a presque toujours considéré le torticolis et le lumbago comme des affections musculaires d'origine rhumatismale. Le lumbago était défini « une affection essentiellement douloureuse des muscles sacro-lombaires » et le torticolis était considéré comme le rhumatisme du sternocléido-mastoïdien ou de plusieurs autres muscles du cou. Cependant Bouillaud, puis Chomel, avaient indiqué, l'un que le lumbago, primitivement musculaire, pouvait envahir les parties profondes, périoste, articulations, etc.; l'autre qu'il se localisait fréquemment dans la symphyse sacro-iliaque. Le siège fréquemment articulaire du torticolis n'avait pas échappé à Delpech, à Stromeyer, à Bouvier, à Depaul; cette opinion fut confirmée par Musson, Couillard-Labonnote, Bouland, Lannelongue et Broca, mais sans rallier cependant la majorité des médecins.

J'ai repris la question avec M. Londe¹, et dans un mémoire

1. — ALBERT ROBIN et P. LONDE. — Torticolis et lumbago d'origine articulaire et rhumatismale, *Revue de médecine*, 1894. — Voyez aussi : M. LAMY. — Torticolis et lumbago articulaires. *Thèse de Paris*, 1895.