

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.

récent, nous avons démontré que, dans la grande majorité des cas, le torticolis et le lumbago n'étaient pas des affections douloureuses des muscles, mais que leur siège était réellement articulaire ou péri-articulaire. Si l'affection prend l'apparence musculaire, c'est parce que le patient s'efforce d'immobiliser les articulations malades, et que la contraction des muscles masque le siège articulaire de la maladie, sans compter que les muscles peuvent, eux-mêmes, devenir douloureux et se contracter, si l'affection articulaire se prolonge et passe à la chronicité.

Dans le *torticolis*, les muscles contractés ne sont ni douloureux, ni en rapport avec l'attitude vicieuse prise par le malade. Il existe des points sensibles à la pression, au niveau des inter-lignes vertébraux, sur la ligne médiane et surtout sur les apophyses transverses; la douleur provoquée a son siège principal du côté opposé à l'inclinaison de la tête. Les *points articulaires* occupent particulièrement les apophyses des troisième, quatrième et cinquième vertèbres cervicales, et l'inclinaison forcée de la tête du côté où l'on trouve ces points articulaires réveille toujours une plus vive sensation de douleur. Quant à la légère rotation qui accompagne l'inclinaison de la tête du côté sain, elle s'explique par la position de la moindre douleur. Il suffit, en effet, de réaliser ce double mouvement d'inclinaison et de rotation sur une colonne vertébrale pour s'assurer que c'est bien cela qui provoque le plus grand écartement des surfaces articulaires.

Dans le *lumbago*, il existe une *douleur spontanée* lombaire latérale ou médiane avec ou sans prédominance d'un côté. Le malade présente l'attitude penchée en avant, quelquefois avec inclinaison latérale. La colonne vertébrale et le bassin sont immobilisés d'une façon plus ou moins complète; la flexion, la rotation, surtout l'extension sont pénibles ou impossibles. La pression *provoque des douleurs* aux points inter-épineux, sacro-vertébraux ou lombaires, au niveau des apophyses transverses, aux articulations sacro-coccygiennes ou sacro-iliaques. La douleur provoquée par la marche siège particulièrement au

niveau des symphyses iliaques. Les masses musculaires ne sont pas douloureuses.

Au point de vue de l'association de ces divers points douloureux, on peut distinguer plusieurs formes de lumbago : d'abord, les formes partielles, sacro-vertébrale, sacro-iliaque unilatérale ou bilatérale, sacro-vertébrale ou lombaire avec ou sans prédominance unilatérale; la forme totale ou tout au moins réalisant la combinaison de plusieurs des formes précédentes.

Qu'il s'agisse de torticolis ou de lumbago, le foyer de la douleur a une articulation ou des ligaments pour siège; l'attitude vicieuse ne peut s'expliquer par une contraction musculaire primitive, et cette contraction n'est qu'un phénomène réactionnel et secondaire destiné à immobiliser l'articulation douloureuse.

Si la preuve anatomique de la lésion articulaire ou péri-articulaire du torticolis et du lumbago n'existe pas, on n'a pas fait davantage la preuve de leur siège musculaire. Le rhumatisme classiquement dénommé musculaire affecte surtout trois régions, le cou, les lombes et l'épaule (rhumatisme deltoïdien). Or, ces régions sont toutes périarticulaires : cette coïncidence n'est-elle pas de nature à faire douter du rhumatisme exclusivement musculaire? D'ailleurs, dans le rhumatisme deltoïdien, on tend à admettre aujourd'hui la coïncidence d'une péri-arthrite, et la forme décrite par Sabourin sous le nom de rhumatisme scapulaire atrophique a pour point de départ une péri-arthrite, dont les lésions musculaires et nerveuses ne paraissent être qu'une complication.

Enfin, comme dernier argument, nous allons voir que le traitement qui donne les meilleurs résultats n'est pas le traitement dirigé contre la manifestation musculaire, mais bien celui qui vise la localisation articulaire.

Le torticolis et le lumbago ont presque toujours une *origine rhumatismale*. Les causes occasionnelles les plus habituelles sont le refroidissement et la fatigue.

Nous n'avons en vue, dans cet article, que le torticolis et le lumbago articulaires dont il vient d'être question. Mais il

en existe de nombreuses autres variétés qu'il convient, au moins, d'indiquer. La plus importante est le *torticolis permanent ou chronique*, dont les causes multiples impliquent autant de traitements différents qui ne peuvent avoir de succès que s'ils s'adressent aux conditions étiologiques. Citons le *torticolis articulaire traumatique*; le *torticolis par arthrite cervicale chronique*, tuberculeuse ou rhumatismale; le *torticolis musculaire par cicatrices vicieuses, rétractions fibro-tendineuses, arrêt de développement*, etc.; le *torticolis paralytique* (spinal?).

Puis vient la forme rare du *torticolis spasmodique*, qui affecte le sterno-cléido-mastoïdien et le trapèze, analogue aux tics (Brissaud); enfin le *torticolis oculaire*, qui se produit chez les enfants dont les deux yeux sont de force inégale et paraît dépendre de la photophobie et de la diplopie; cette variété de torticolis peut être suivie de rétraction musculaire (Cui-gnet).

Évidemment, un traitement dirigé contre la cause du torticolis peut seul être suivi d'effet, dans les cas qui rentrent dans les catégories ci-dessus.

II

Traitement du torticolis et du lumbago.

Le traitement du torticolis et du lumbago comporte l'emploi de deux séries de moyens thérapeutiques. D'abord, les agents médicamenteux; puis les procédés qui exercent une action locale et visent directement l'articulation intéressée et les muscles qui servent à l'immobiliser.

A. — AGENTS MÉDICAMENTEUX

Les plus employés sont le salicylate de soude, le sulfate de quinine et l'antipyrine.

1° *Salicylate de soude*. — Le salicylate de soude s'emploie

à la dose de 4 grammes, en une potion qu'on prendra par cuillerées à bouche, dans les vingt-quatre heures :

∞	Salicylate de soude	4 grammes
	Sirop de fleurs d'oranger	30 —
	Hydrolat de tilleul	120 —
	F. s. a. Potion.	

Si en quarante-huit heures il n'y a pas disparition ou tout au moins atténuation notable des douleurs, il est inutile de continuer; car, de deux choses l'une : ou bien il faudra prolonger pendant plusieurs jours cette dose de 4 grammes, ce qui n'est pas sans inconvénient dans le cas actuel, ou bien il faudra diminuer la dose, dans des proportions telles que celle-ci demeurera sans effet. Et puis, en pratique, j'ai rarement vu qu'un torticolis ou un lumbago, qui n'étaient pas modifiés en deux jours par le salicylate de soude, fussent guéris plus tard par une prolongation du médicament. On peut donc, dans les cas franchement rhumatismaux, commencer le traitement par le salicylate de soude, mais on ne doit pas persévérer si l'on ne réussit pas à bref délai.

2° *Sulfate de quinine*. — Alors on aura recours au sulfate de quinine que d'aucuns vantent comme une véritable panacée. Il est certain qu'on lui doit beaucoup de succès et que, dans des cas aigus et récents, une dose de 0^{gr},60 à 1 gramme de sulfate de quinine, donnée d'un seul coup, pendant trois à quatre jours, a souvent fait merveille.

Je n'ai aucune indication à fournir relativement au choix à faire entre le sulfate de quinine et le salicylate de soude. Peut-être, le sulfate de quinine réussit-il mieux chez les malades qualifiés d'arthritiques, dont le torticolis ou le lumbago ont été les seuls accidents péri-articulaires; peut-être, au contraire, le salicylate de soude est-il préférable chez ceux qui ont eu de grandes manifestations articulaires; mais tout cela est trop incertain pour être érigé en indication formelle.

3° *Antipyrine*. — L'antipyrine, donnée à la dose de 2 grammes, en deux fois, à quelques heures d'intervalle, est un bon succédané des médicaments précédents. Elle paraît surtout

convenir aux formes particulièrement douloureuses, à la condition qu'on puisse intervenir dès leur début. Voici une formule où l'antipyrine est associée à divers médicaments qui semblent agir dans le même sens analgésique; cette association est préférable à l'antipyrine pure, puisqu'elle permet d'obtenir, avec des doses minimales, des effets qu'on ne peut généralement avoir qu'avec des quantités beaucoup plus grandes du médicament isolé :

℥	Antipyrine	0 ^{gr} ,50
	Bromure d'ammonium	0 ^{gr} ,50
	Chlorhydrate de cocaïne	0 ^{gr} ,01
	Valérianaté de caféine	0 ^{gr} ,02

M. s. a. Pour un cachet. — Donner un cachet que l'on renouveliera après une heure, si la douleur ne s'est pas atténuée.

Cette préparation convient spécialement aux torticolis et aux lumbagos très aigus et très douloureux. Il n'en faut pas continuer l'emploi quand elle n'a pas donné de résultats satisfaisants.

4^e *Jaborandi*. — Quand les cas très aigus et récents n'ont pas été améliorés rapidement par l'un des médicaments dont il vient d'être question, ou quand l'on est en présence de cas déjà anciens ayant tendance à la chronicité, je conseille l'emploi du jaborandi.

Ce médicament, que j'ai introduit en 1875 dans la thérapeutique, n'a pas eu la fortune qu'il méritait. Et cependant, c'est un agent puissant, aux actions multiples, qui suivant la manière dont on l'administre est, soit un sudorifique et un sialagogue, soit un diurétique, soit un anti-sialagogue. Mais il y a certaines contre-indications à son usage, et ce sont elles qui ont nui à sa vulgarisation. L'une des contre-indications les plus formelles est celle d'une affection cardiaque. « Le jaborandi ne sera employé qu'avec la plus grande circonspection quand le rhumatisme se compliquera d'affection des valvules ou du muscle cardiaque... Il conviendra de cesser l'emploi du médicament si l'on voyait survenir des épistaxis ou si plusieurs

fois de suite la quantité d'urine ne revenait pas à son taux antérieur, après la diaphorèse¹. »

Donc, quand le malade sera tout à fait indemne du côté cardiaque, on procédera ainsi qu'il suit.

Il convient d'employer les feuilles de jaborandi, à la dose de 4 grammes. On fait macérer ces 4 grammes de feuilles pendant douze heures dans 10 grammes d'eau-de-vie; puis on verse sur le mélange 150 grammes d'eau bouillante; on laisse infuser vingt minutes, en vase clos, et l'on décante.

Le liquide décanté et chaud est avalé d'un seul trait, le matin, à jeun. La salivation, puis la diaphorèse apparaissent au bout d'un temps qui varie entre dix minutes et une demi-heure. Elles durent une heure et demie ou deux heures.

Le malade devra résister autant que possible à la soif occasionnée par l'énorme déperdition de liquide qui s'opère par les glandes salivaires et la peau. Si la soif est trop vive, il prendra de toutes petites gorgées d'une infusion très légère de menthe ou de café. Il évitera aussi d'avaler sa salive. Les vomissements qui ont été signalés pendant l'action du jaborandi sont dus, le plus souvent, à des ingestions immodérées de liquide, ou à la déglutition de grandes quantités de salive.

Après la sudation, le malade, essuyé et changé, gardera encore le lit pendant deux heures environ. Quoiqu'il se plaigne parfois de la faim, — car le jaborandi a des propriétés apéritives manifestes — on se gardera de lui donner à manger avant l'expiration de ce délai.

S'il s'agit d'enfants de 8 à 15 ans, la dose du médicament sera de 1^{gr},50 à 2 grammes.

Le jour même de la sudation, quelquefois le lendemain seulement, le patient éprouve un certain soulagement; mais il importe de réitérer de trois à six fois l'emploi du jaborandi, pour obtenir une totale disparition des douleurs. Si plusieurs administrations sont nécessaires, ce qui est la règle, on laissera un jour de repos entre chacune d'elles.

1. ALBERT ROBIN. — Études physiologiques et thérapeutiques sur le jaborandi *Journal de thérapeutique* de A. Gubler, 1874-1875.

Les résultats de ce traitement sont excellents. J'ai vu un maçon de 41 ans, atteint de lumbago depuis treize jours, guérir après une seule sudation ; un employé de chemin de fer, souffrant depuis dix mois d'un lumbago chronique, fut totalement soulagé après cinq doses administrées à un jour d'intervalle. Un enfant de 11 ans, frappé d'abord d'un torticolis, puis treize jours après d'une atteinte de rhumatisme articulaire subaigu, fut débarrassé avec trois doses données en cinq jours. Je citerai encore le fait d'un fumiste de 44 ans, atteint depuis deux ans d'une arthrite cervicale d'origine rhumatismale, à rechutes, dont la tête complètement immobilisée rappelait l'attitude de la pachyméningite cervicale hypertrophique, qui fut soumis sans succès au salicylate de soude, à la révulsion ignée, et qui, dès la quatrième dose de jaborandi, recouvra presque complètement ses mouvements.

B. — MOYENS LOCAUX

Si le malade ne veut pas se soumettre aux conditions qu'exige l'emploi du jaborandi, s'il y a contre-indication cardiaque, si les sudations n'entraînent pas une guérison définitive et qu'il persiste, après elles, de la gêne dans les mouvements ; enfin, dans les cas où il est très important d'agir avec une grande rapidité, pour calmer des douleurs intolérables, on aura recours aux moyens locaux.

1° *Liniments calmants*. — Ce sont des palliatifs dont l'action est précaire. Tout au plus peuvent-ils servir à calmer une douleur trop vive, en attendant la mise en œuvre des autres moyens. Parmi ces liniments, j'emploie volontiers le suivant :

℥ Baume tranquille.	40 grammes.
Extrait thébaïque.	} âââ, 2 —
— de belladone.	
— de jusquiame.	
Chloroforme	10 grammes.
F. s. a. Liniment.	

Faire, avec ce liniment, une friction douce au niveau des points les plus douloureux, et recouvrir ensuite d'une petite feuille d'ouate.

2° *Massage*. — Mais le massage tient sans conteste, parmi les moyens locaux, le premier rang au point de vue de l'efficacité. Souvent même le massage, employé dès le début des phénomènes douloureux, produit, en un temps très court, de remarquables guérisons, à la condition qu'une première séance de massage doux n'exaspère pas la douleur, auquel cas il y aurait lieu de surseoir.

Gautiez, qui avait été frappé depuis longtemps du siège articulaire de la douleur dans le torticolis et le lumbago, traite avec succès ces affections par le massage des articulations douloureuses, et son expérience, en cette matière, mérite d'être prise en sérieuse considération. Suivant lui, le massage ne s'applique pas immédiatement aux cas récents, quand ceux-ci sont en pleine poussée inflammatoire et que les manœuvres du massage provoquent d'intolérables douleurs. Alors, il faut commencer par les liniments calmants ; mais, dès que l'exploration est mieux supportée, on doit commencer le massage. D'abord, on recherchera les points articulaires douloureux, puis on massera successivement ces points, sans qu'il soit besoin d'employer une technique spéciale. Il arrive souvent qu'après une seule séance les mouvements spontanés deviennent plus faciles. Quand les articulations commencent à se mobiliser au niveau de la colonne cervicale, on perçoit habituellement des craquements ; à ce moment, de douces manœuvres de mobilisation sont complémentaires du massage.

L'adjonction du massage à la médication interne par le jaborandi est tout à fait indiquée, aussi bien dans les cas récents que dans ceux plus anciens qui ont résisté à l'un de ces modes de traitement employé isolément.

3° *Immobilisation*. — On a proposé l'immobilisation : à la grande rigueur, elle serait de mise dans les cas anciens qui n'ont pas bénéficié des traitements précédents et qui s'accompagnent d'attitudes vicieuses. Elle devra être précédée du re-

dressement de l'attitude vicieuse, redressement qui ne pourra s'effectuer souvent que sous le chloroforme : on emploiera l'appareil plâtré ou tel appareil orthopédique classique.

En somme, c'est un mode de traitement qu'on n'aura presque jamais l'occasion d'utiliser et dont l'emploi paraît réservé au cas où l'on craindrait des altérations osseuses.

4° *Électricité. — Stypage.* — Ces moyens sont certainement inférieurs au massage. Je repousse les pulvérisations de chlorure de méthyle, qui peuvent irriter la peau et gêner les manœuvres de massage. Quant à l'électrisation, elle s'adresse surtout aux atrophies musculaires que l'on observe quelquefois à la suite de cas à longue durée.

5° *Injections sous-cutanées d'antipyrine, de glycéro-phosphate de soude, de morphine.* — L'injection sous-cutanée de chlorhydrate de morphine est un palliatif indiqué quand les douleurs sont extraordinairement aiguës, et cela encore à titre tout à fait exceptionnel.

L'injection d'antipyrine a l'inconvénient de laisser trop souvent des nodosités douloureuses.

L'injection de glycéro-phosphate de soude à la dose de 0^{sr},20 par centimètre cube, — une à deux injections par jour, — m'a donné d'excellents résultats dans d'anciens lumbagos. Ce moyen peut être réservé aux malades pour lesquels il existe une contre-indication cardiaque, par exemple, à l'administration du jaborandi.

En résumé, employer le *jaborandi* toutes les fois qu'il sera possible de le faire et lui associer le *massage*. Quand le *jaborandi* est contre-indiqué, tenter de suite le massage, tout en employant, suivant les cas, le *sulfate de quinine*, le *salicylate de soude* ou l'*antipyrine*.

Enfin, dans les lumbagos récents ou chroniques non justiciables du *jaborandi* et difficilement accessibles au massage, tenter les injections sous-cutanées de *glycéro-phosphate de soude*.

CHAPITRE III

TRAITEMENT DES ACCIDENTS CAUSÉS PAR LE SOLEIL

PAR

E. BOINET

Médecin des Hôpitaux, agrégé des Facultés, professeur à l'École de Marseille.

I. — COUP DE SOLEIL

I

Considérations générales.

Ce terme a été détourné à tort de son acception primitive (*ictus solis*) : actuellement, il ne sert plus qu'à désigner les lésions de la peau produites rapidement par l'action directe des rayons d'un soleil ardent. Il est devenu presque synonyme d'*érythème solaire*. Cette inflammation superficielle du derme, consécutive à l'action du soleil, n'atteint habituellement que quelques régions découvertes (mains, face, poitrine) et ne présente aucune gravité. Elle peut cependant inspirer de vives inquiétudes, lorsqu'elle occupe presque toute la surface du corps. J'ai eu l'occasion d'en observer un curieux exemple dans les parages de l'île de Ceylan. Un homme tombe par mégarde à la mer ; il est sauvé par des pêcheurs indigènes et, pendant une heure, il reste dans leur barque exposé, à peu près nu, aux rayons brûlants du soleil. Presque toute la surface de la peau était le siège d'un érythème très accentué, et par places on constatait des phlyctènes assez étendues.