

**Dictionnaire des maladies
éponymiques et des observations
princeps : Christ Siemens Touraine
(syndrome de)**

**JACQUET, L. - Les rapports de la
pelade avec les lésions dentaires**

*In : [La] Presse médicale (1893), 1900, Vol. 8, pp.
327-8*

SUR LA
PÉRICARDITE BRIGHTIQUE PURULENTE

PAR MM. P. OULMONT F. RAMOND
Médecin de Lausanne. Ancien Interne des hôpitaux.

Si la connaissance d'un fait pathologique est proportionnée au nombre de travaux publiés à son sujet, nul doute que la péricardite brightique ne nous soit connue dans ses moindres détails; car les observations de cette complication sont légion; on en trouvera l'indication dans les articles récents de Rabé, de Giradinovitch et de Chatin¹. Et cependant, si l'on est d'accord sur la grande fréquence de cette péricardite, puisque, sur 100 cas de néphrite, Kéralval la note 8 fois, Roberts 13 fois, Bamberger 14 fois, il n'en est pas de même si l'on aborde l'étude de la nature de cette manifestation pathologique.

Pour certains auteurs, en effet, l'inflammation serait due à l'irruption des microbes dans la cavité de la séreuse; pour d'autres, au contraire, à l'apport des poisons urémiques, susceptibles, en somme, d'irriter le péricarde tout comme les poisons bactériens. L'analyse des observations publiées ne saurait trancher la difficulté. Tantôt le contenu du péricarde est aseptique, comme dans les faits rapportés par Merklen, Dessy, Chatin, etc.; tantôt ce contenu renferme des microbes: tels sont les deux cas de Ménétrier et de Bosc², dus au pneumocoque; tels sont aussi les deux cas de péricardite brightique purulente que nous avons eu l'occasion d'observer dans ces derniers temps.

Dans un premier fait, il s'agissait d'un homme de quarante-six ans, ayant succombé au cours d'une néphrite scléreuse atrophique, au milieu de symptômes d'urémie à type respiratoire et gastro-intestinal. Le péricarde, recouvert de fausses membranes épaisses, renfermait environ 200 grammes de liquide purulent, dans lequel se trouvait en abondance du pneumocoque à l'état de pureté. Des noyaux disséminés de bronchopneumonie laissaient supposer que la porte d'entrée du germe infectieux était vraisemblablement au niveau des voies respiratoires.

Dans le second cas, observé chez une femme de quarante-deux ans, morte au cours d'une attaque d'urémie gastro-intestinale, suivie d'hématémèse et de mélonna, le péricarde était abondamment recouvert de fausses membranes épaisses, infiltrées de sang, mais n'ayant donné naissance qu'à une minime quantité de liquide séro-purulent et hémorragique. Ce liquide renfermait un bacille ayant tous les caractères objectifs du bactérium coli. Il ne s'agissait certainement pas d'une infection agonique des exsudats péricardiques; car l'examen histologique des fausses membranes décelait dans leur épaisseur la présence d'amas de bacilles se décolorant par le Gram, et morphologiquement identiques au bactérium coli. La porte d'entrée du microbe semblait être intestinale. En effet, les muqueuses de l'estomac et de l'intestin grêle renfermaient, au niveau des exulcérations et des placards hémorragiques sous-muqueux,

de véritables colonies de bacilles analogues à ceux du péricarde; le microbe pénétrait à travers les interstices épithéliaux jusque dans la sous-muqueuse, où sa présence était des plus nettes au microscope.

De l'analyse des faits qui précèdent, il résulte qu'il est inutile de chercher à prendre part dans le débat qui divise encore quelques auteurs au sujet de la nature infectieuse ou non de la péricardite brightique. Mieux vaut, à l'exemple de M. Merklen, faire preuve d'éclectisme, et admettre que cette complication peut être d'ordre infectieux ou d'ordre toxique, suivant le cas. Mais cette conclusion, quelque rationnelle qu'elle soit en apparence, ne donne pas toute satisfaction, et il est légitime de se demander si ces deux variétés de péricardite ne présentent pas entre elles une communauté d'origine que les circonstances cachent ultérieurement. Il est permis de supposer, en effet, que sous l'influence des poisons urémiques le péricarde s'enflamme chez beaucoup de brightiques. Le processus peut s'arrêter à ce stade, et le péricarde enflammé aura un contenu rigoureusement aseptique. Que survienne, à ce moment, une infection intercurrente, bronchopulmonaire ou gastro-intestinale par exemple, les microbes, ainsi déversés dans la circulation, auront une tendance à se localiser aux points de l'organisme les moins résistants, tels que le péricarde, déjà enflammé. D'où la production d'une péricardite septique, succédant à une péricardite aseptique.

D'ailleurs l'expérimentation vérifie cette hypothèse, autant que faire se peut. Par la ligature simple des deux uretères de cobayes ou de lapins, on obtient un dépoli inflammatoire de la séreuse péricardique, comme l'ont démontré Banti, puis Béco. Mais si l'on fait suivre cette ligature, ainsi que nous l'avons pratiqué, d'une injection sous-cutanée de microbes de la suppuration, on observe une inflammation péricardique plus considérable que dans le cas précédent, et le liquide exsudé renferme en abondance une partie des microbes injectés. L'inoculation seule des mêmes microbes à des animaux témoins n'amène que très rarement pareille inflammation du péricarde. Il semble donc que l'intoxication urémique aiguë agisse sur le péricarde, et le prédispose particulièrement à subir le contre-coup des infections intercurrentes de l'organisme.

LES RAPPORTS DE LA PELADE AVEC LES LÉSIONS DENTAIRES

Par L. JACQUET
Médecin des Hôpitaux.

L'anatomie générale montre les analogies embryonnaires, histologiques et évolutives du poil et de la dent.

Tous deux, à voir les choses en l'essentiel, naissent d'une papille dermique revêtue d'épithélium; tous deux meurent par atrophie de cette papille; tous deux sont soumis à des phases comparables de caducité et de renouvellement, la poussée du nouvel organe semblant, dans les deux cas, entraîner la chute de l'ancien. Si, chez les mammifères, ce proces-

sus, pour la dent, est limité à deux phases (vertébrés *diphyodontes*) chez presque tous les vertébrés inférieurs, le nombre de dentitions successives est illimité (vertébrés *polyphyodontes*); et comme certains d'entre eux, les séléciens par exemple, sont armés d'un revêtement dentaire cutané, soumis à cette mue continuelle, il y a là une saisissante analogie avec la mue *pelade* des vertébrés supérieurs.

De telles affinités rendent vraisemblable la sympathie morbide des deux systèmes.

Les faits confirment cette hypothèse: ethniquement, bonne denture et poil solide semblent se correspondre; les déglabrations, la calvitie sont rares parmi les races nègre, arabe et mongolique, réfractaires à la carie. Les races caucasiennes au contraire sont très exposées à ces tares.

Voici d'autre part entre ces phanères une synergie morbide significative: j'ai indiqué, dans un travail récent sur la pelade, et je suis en mesure de confirmer l'influence peladogène de la croissance excessive, qui est parallèlement une cause active de carie.

L'étude que j'ai faite des lésions dentaires chez les peladiques et leur famille, est en harmonie avec ces données générales et les renforce.

Chez 40 peladiques, je trouve, pour 40 ascendants sur 80, l'ignorance absolue des antécédents dentaires.

Parmi les 40 cas où l'on me renseigne, chez 17 ascendants la denture est déclarée bonne; chez 23, au contraire, elle était très défectueuse; dans presque tous ces cas l'édentement était complet ou à peu près, et, parmi eux, il s'agissait 6 fois du père, 17 fois de la mère: ce qui confirme la notion de la fréquence féminine de la carie. D'autre part, mais dans une proportion que je ne puis fixer, je relève la fréquence de la calvitie paternelle, semblant constituer à l'édentement maternel une sorte d'équivalent.

Ces premiers chiffres ont quelque poids, et d'ailleurs l'on peut admettre qu'ils expriment pas la fréquence réelle des lésions dentaires chez les ascendants: il est clair que si l'erreur est malaisée comme affirmation d'une mauvaise dentition familiale, elle doit être fréquente, au contraire, par la force même des choses, dans le sens négatif par insouciance, oubli, et surtout non-examen direct.

Et, en effet, l'examen dentaire personnel de ces 40 peladiques donne les chiffres suivants:

6 ont une dentition médiocre, 31 ont une dentition très défectueuse (édentement, caries nombreuses et profondes), 3 seulement ont une bonne denture. De plus, une forte proportion, parmi les adolescents et les adultes mâles, présente l'avortement du système pileux facial, l'agenésie de la barbe.

Y a-t-il entre ces lésions dentaires et ces troubles pileux simple coïncidence?

Quelle que soit la fréquence absolue des unes et des autres, il semble difficile de l'admettre, et telle est bien l'impression de Frey, qui a examiné la plupart de ces malades.

La relation admise, quelle en est la nature?

1. Rabé. *Gazette des Hôpitaux*, 1897. — GIRADINOVITCH. *Thèse*, Paris, 1899. — CHATIN. *Revue de médecine*, 1900.

2. BOSC. — *La Presse Médicale*, 1898.

Je crois pouvoir, dès maintenant, distinguer deux catégories : la première, moins nombreuse, est composée de pelades nées de lésions dentaires ou juxta-dentaires (l'arthrite alvéolaire et la périostite notamment) par trouble sympathique dans la sphère du trijumeau; ici la lésion initiale agit à titre banal, comme agirait tel ou tel autre trouble du système nerveux, par exemple, dans un cas que j'ai cité, la section de filets cervicaux dans la ténotomie du sterno-mastoïdien.

Cette catégorie suppose forcément l'existence préalable d'un trouble dentaire ou péri-dentaire.

Dans la seconde, plus commune, et à laquelle correspondent les données générales précédentes, pelade et vice de dentition sont des troubles congénères et provoqués, soit isolément, soit simultanément, soit successivement par une cause commune.

Ici, la décalcification dentaire et la carie sont en jeu, et autant que je puis le savoir, on note, en cette variété, la concentration, la convergence, de déglabrations multiples, d'origine embryonnaire directe, comme les diverses variétés d'agénésie, ou acquises comme la calvitie, les alopecies diffuses et les alopecies en aires.

Quant à la cause commune de ces troubles congénères, on peut, je crois, la soupçonner dans une viciation du trophisme général que trahit dans une certaine mesure l'analyse urologique; j'ai montré entre autres choses, chez les peladiques, la fréquente tendance à l'augmentation du coefficient de déminéralisation; il n'est pas surprenant que le poil en souffre, vu la richesse minérale de sa composition (sulfate de soude, de potasse, phosphate de chaux, chlorure de sodium, etc.).

La constitution chimique des dents est analogue, et divers travaux, ceux surtout de Galippe, ont montré l'importance des sels phosphatés et calciques dans la résistance à la carie.

Ces troubles : décalcification dentaire, carie, calvitie, agénésie pileaire, alopecies en aires ou diffuses, viciation du trophisme général, sont d'une grande banalité. Pour cela même, on est en droit de croire qu'ils indiquent une tendance générale de l'évolution humaine vers le type édenté et glabre; en un mot vers le type *aphanéridique*.

Cela semblera regrettable; qu'y faire? « Il se pourrait, a dit Renan, que la vérité fût triste. »

CHIRURGIE PRATIQUE

EXTRACTION DES CORPS ÉTRANGERS DU CONDUIT AUDITIF

Je suis tenté de donner comme épigraphe à cet article deux mots par lesquels jadis étaient signalées à l'attention de notre professeur de seconde celles de nos copies que rarement nos juges dignes de ses critiques : « *Lege quæso*. »

Médecins, mes confrères, pour une fois je vous adjure de me lire jusqu'au bout. Surtout ne dites pas, suivant votre coutume : « Encore un article de spécialité? passons! » Non, parcourrez-moi avec autant d'attention que si je vous narrais la technique de la percussion ou si je vous détaillais la classification des râles. Je ne vous aligènerai pas de formules, il est vrai, mais je vous donnerai un bon conseil.

Le professeur Schwartze, une des voix scientifiques les plus écoutées d'Allemagne, a dit ceci :

« Chaque année, un certain nombre d'enfants sont médicalement tués de par le monde. » Pour extraire du conduit auditif un corps étranger qu'on ne voit pas, on introduit, au jugé, des instruments quelconques et sales dans une oreille qu'on ne connaît pas; pince et corps étranger, l'un poussant l'autre, cheminent jusqu'aux méninges et donnent la mort. « Rares sont de tels faits en apparence parce qu'on les cache plus aisément qu'on ne les publie. » Et, ce qu'il y a de plus navrant, c'est que beaucoup d'enfants, ainsi sacrifiés au mépris de l'otologie, n'ont aucun corps étranger dans le conduit : oreilles innocentes, accusées et condamnées sans examen. « Qui ne sait pas examiner une oreille, ajoute Schwartze, ne doit pas y porter la main, et ne pas charger sa conscience d'une mort d'homme causée par son impéritie. »

Oh! naturellement, jamais de telles choses ne se sont passées en France. Mais qui sait ce que nous réserve l'avenir? Aussi, praticiens, mes confrères, aujourd'hui, lisez-moi jusqu'au bout. Je vais vous indiquer le moyen pratique, anodin, naïf même dans sa simplicité, de ne plus faire concurrence au bacille de Koch dans la fabrication des méningites, en tripotant le conduit auditif à la recherche d'un corps étranger fantôme. Et il n'est guère besoin, pour cela, d'être grand clerc en otologie!

Les corps étrangers du conduit auditif se rencontrent :

1° Le plus souvent chez l'enfant. L'enfant a comme caractéristique une tendance invincible à introduire dans ses divers orifices naturels tout ce qui lui tombe sous la main. Dresser la liste de ce qu'on peut rencontrer dans une jeune oreille défie l'imagination. D'abord, au rayon de l'habillage : perles, boutons, etc; la botanique vient ensuite avec les noyaux de cerise, les grains de café, les pois secs; j'y ai même vu une tête de poupée, cachée là, en témoignage d'une tendresse infantile.

2° Rarement chez l'adulte. a) Généralement c'est à l'INSU DU MALADE que le corps étranger figure dans l'oreille. Ainsi un tampon d'ouate introduit dans le conduit et oublié y élit domicile, y menant pendant de longs mois la vie commune avec le cérumen. Ou bien si une démangeaison brusque survient dans l'oreille, on a sous la main, pour se gratter, le crayon de son calepin à bout d'ivoire; et sournoisement l'ivoire reste dans le conduit.

b) Parfois la pénétration est VOLONTAIRE. Ainsi les gens du grand monde enfoncent parfois dans l'oreille une gousse d'ail pour calmer une rage de dent.

Il est autrement difficile d'extirper un préjugé que d'extraire un corps étranger.

Or, une idée fautive règne encore en maîtresse : c'est qu'un corps étranger du conduit auditif est chose dangereuse.

Cette erreur est grande.

Non, un corps étranger de l'oreille, livré à lui-même, n'est aucunement dangereux.

On en a vu demeurer cinquante ans dans un conduit, sans que son propriétaire ait eu à s'en plaindre, ni ait pensé à lui signifier son congé.

Le corps étranger ne demande qu'une chose, c'est qu'on le laisse tranquille. A cette condition, il ne cause ni danger vital, ni douleur; tout au plus amène-t-il de la surdité quand, étant gros, il favorise la rétention du cérumen : alors, c'est ce dernier qui est le coupable.

Mais malheur au corps étranger qui vient à être découvert!

Car ce qui est dangereux, excessivement dangereux, c'est le médecin qui, par un mouvement réflexe parfois mortel, à la pensée de ce corps, ouvre sa trousse, en sort une pince et se met en devoir de l'extraire.

Rien n'est plus classique que le roman d'un corps étranger de l'oreille. En voici le sommaire connu.

Premier chapitre. — Un jeune enfant voit une perle de verre; transporté d'admiration, il se l'introduit dans l'oreille.

Pendant quelque temps il ne souffle pas mot de la chose : jusque-là donc tout va bien. Mais, un jour vient où il avoue sa sottise : à partir de ce moment, les choses vont se gâter.

Deuxième chapitre. — La bonne de l'enfant, craignant pour sa place, se met en devoir d'extirper l'objet compromettant.

On sait qu'une épingle à cheveux se prête à tout : vite, elle en fait un crochet avec lequel elle farfouille dans l'oreille. Elle blesse la peau; heureusement le sang vient, elle a peur, et ne va pas plus loin; le méat auditif est seul écorché : les dégâts sont faibles.

Troisième chapitre. — La mère arrive : on lui raconte tout.

Vite, qu'on aille chez le médecin. Chez un spécialiste? non pas. On fait raccommodeur sa montre par son horloger, ses souliers par son cordonnier; mais, son oreille par un auriste! on n'y songe vraiment pas. Donc, vite chez le médecin ordinaire.

Quatrième chapitre. — Voici le médecin en scène. Presque toujours, en homme soucieux uniquement du bien de ses clients, en vrai médecin fin de siècle, en un mot, il décline sa compétence et adresse l'oreille malade à qui de droit. Mais j'ai ouï dire que jadis, au bon vieux temps, cela se passait autrement. Le praticien — le croirait-on? — ne connaissait alors rien de l'otologie; il ne savait ni voir dans l'oreille, ni même s'y éclaircir; il ne cherchait même pas à constater la présence du corps étranger : l'aveu du patient lui suffisait.

Pourtant, dans sa trousse de velours grenat, il prenait une pince à verrou; et pénétrant dans le conduit obscur et ignoré, il cherchait au hasard; cependant que le patient, hurlant de douleur, remuait la tête de son mieux. Et plus ou moins longtemps cette pêche continuait, bredouille. Il aurait cependant dû se dire, ce médecin : 1° que sa pince menée au hasard allait blesser le conduit et produire une *otite interne traumatique*, avec douleurs, suppuration, toutes choses que le corps étranger eût été incapable de provoquer s'il n'était pas venu à sa rescousse; 2° que sa pince, ne pouvant s'ouvrir suffisamment dans un cylindre étroit, n'allait saisir cette perle, dure et lisse, que pour l'énucléer vers le tympan, l'enfoncer, et, chose plus grave, l'enclaver : enclavement que le corps étranger n'aurait jamais pu réaliser sans qu'on l'y aidât.

En fin de compte le malade souffre, crie, saigne et s'en va, différent en cela du corps étranger qui ne veut pas sortir.

Cinquième et dernier chapitre. — C'est au tour d'un empirique à intervenir. Tenace et jaloux de montrer sa supériorité sur les médecins, il s'acharne sur l'oreille, voulant à tout prix avoir le dernier mot. Féroce il fouille; il perce le tympan, d'où *otite moyenne aiguë purulente*; il fracture la paroi osseuse du conduit, d'où *paralysie faciale*; il enfonce le corps étranger jusque dans le crâne, d'où *méningite aiguë*. Tout de même il finit par ramener quelque chose au bout de son instrument : seulement, c'est un osselet.

A ce qui vient d'être dit de l'extrême tolérance de l'oreille pour les corps étrangers heureusement latents, une restriction doit être faite.

Les corps étrangers vivants ne sont pas supportés. Tels les forficules, les cafards, les blattes qui pénètrent dans l'oreille quand on se couche sur l'herbe; telles les larves, néés de mouches ayant pondu dans le conduit, pendant le sommeil en plein air.