

Mais cette diminution de la quantité d'urine excrétée peut disparaître dans les quelques heures qui suivent la narcose. Quelquefois, elle persiste et peut même aboutir à l'anurie si la quantité de chloroforme inhalée a été trop considérable. L'influence de cet agent sur la quantité et la qualité des urines paraît due principalement à son action directe sur l'épithélium glandulaire. En effet, les autopsies faites sur l'homme et sur l'animal ayant succombé après inhalations chloroformiques ont fréquemment révélé l'existence de lésions dégénératives au niveau des tubes contournés. Ainsi, l'action nocive du chloroforme sur les reins devra entrer en ligne de compte dans l'interprétation des morts survenues quelques jours après une anesthésie chloroformique. Mais c'est surtout le foie qui sous le chloroforme devient le siège d'altérations graves pouvant amener la mort.

D'après le Dr Louis Gurcel, qui a fait une étude spéciale de la question (Thèse de Lyon, chez Rey) le chloroforme peut par son propre effet causer une intoxication grave à forme ictérique pouvant se terminer par la mort au bout de quelques jours. Cet effet serait surtout à craindre chez les sujets prédisposés par une altération hépatique préexistante; mieux vaudrait, pour ces cas, employer un autre anesthésique.

On trouve très souvent, après une narcose chloroformique un ictère léger qui disparaît rapidement. Quelquefois cet ictère s'accroît et on ne tarde pas à voir paraître les symptômes de cholémie; le pouls devient rapide, les vomissements persistent et la dépression augmente. Et chose digne de remarque, c'est que les symptômes d'intoxication ne font leur apparition que 24 heures après l'anesthésie ou même, quelquefois 3 ou 4 jours après. Ce sont les phénomènes nerveux qui attirent d'abord l'attention: céphalgie accompagnée de délire calme ou agité. Puis vomissements, hoquet et insomnie s'installent en permanence.

Alors paraît l'ictère, qui d'abord discret se généralise bientôt, la langue est sèche, la température fait des ascensions irrégulières sans type déterminé et descend quelquefois jusqu'à la normale. Le pouls devient bientôt rapide, petit, dépressible. Les bruits du cœur sont faibles, obscurs. Le foie augmente de volume, devient facilement accessible à la palpation et le malade accuse souvent des douleurs spontanées à l'hypochondre droit et à l'épigastre. Quelquefois, symptôme grave, les matières vomies deviennent noires et l'on peut y déceler une quantité considérable d'hématine. Les hémorragies de la peau, (pétéchies, purpura) comme les hématuries sont exceptionnelles et sont plutôt dues à la cholémie. Les selles, fortement colorées contiennent beaucoup d'urobilin. Elles deviennent bientôt involontaires de même que la miction. Des convulsions musculaires, paraissent à la face et aux membres et parfois surviennent de véritables accès épileptiformes. La faiblesse cardiaque augmente et il survient de la cyanose. La respiration jusque là peu troublée devient irrégulière et présente parfois le rythme de Cheyne-Stokes. Bientôt, le malade tombe dans le coma et la mort ne tarde

pas à survenir, d'autant plus impressionnante que la plaie opératoire ne présente rien d'anormal et que l'état général du patient avant l'opération ne laissait rien à désirer. Heintz signale une mort survenue ainsi 14 hrs et Roth une, 27 jours après l'intervention: mais c'est ordinairement du 3<sup>e</sup> au 7<sup>e</sup> jour que se produit cette terminaison fatale. La mort n'est heureusement pas la règle générale; souvent après une période aiguë d'un ou 2 jours, les phénomènes s'amendent, l'état général s'améliore et tout rentre dans l'ordre.

Reconnaître cette intoxication chloroformique et la distinguer des accidents post opératoires n'est pas toujours facile. Les vomissements, la rapidité du pouls, l'excitation cérébrale se rencontrent dans la septicémie tout aussi bien que dans l'intoxication chloroformique. Mais s'il y a persistance de l'odeur du chloroforme dans l'haleine, et si aucune réaction péritonéale ne se joint aux signes précédents nous sommes en droit d'accuser le chloroforme plutôt que la septicémie.

Voici d'ailleurs un tableau bien précis des caractères distincts de l'intoxication par chloroforme et de l'état infectieux.

<i>Etat infectieux</i>	<i>Intoxication par chloroforme</i>
1 <sup>o</sup> Fièvre constante, très élevée;	1 <sup>o</sup> Manque le plus souvent ou peu élevée.
2 <sup>o</sup> Frissons;	2 <sup>o</sup> Font presque toujours défaut.
3 <sup>o</sup> Pouls et respiration élevés, en harmonie parfaite;	3 <sup>o</sup> Pouls accéléré, respiration normale, harmonie rompue.
4 <sup>o</sup> Fréquents abcès métastatiques; endocardites, métastases articulaires;	4 <sup>o</sup> Manquent toujours.
5 <sup>o</sup> Exanthèmes fréquents;	5 <sup>o</sup> Jamais.
6 <sup>o</sup> Purpura dans 50 p.c. des cas;	6 <sup>o</sup> Existe, mais rarement.
7 <sup>o</sup> Hémorragies rétinienes très fréquentes;	7 <sup>o</sup> Jamais signalées.
8 <sup>o</sup> Vomissements assez fréquents. Matières vomies, rarement noires;	8 <sup>o</sup> Vomissements très fréquents et opiniâtres. Matières vomies, presque toujours noires.
9 <sup>o</sup> Tendance à la diarrhée;	9 <sup>o</sup> Manque.
10 <sup>o</sup> Ictère rare, peu prononcé;	10 <sup>o</sup> Tictère très fréquent parfois intense.
11 <sup>o</sup> Anurie guère signalée;	11 <sup>o</sup> De règle dans les cas graves.
12 <sup>o</sup> Eventuellement; guérison lente;	12 <sup>o</sup> Guérison rapide.
	Thooft, (Archives Médicales Belges.)

Presque toujours, dans les intoxications chloroformiques les formes légères d'albuminurie ou d'ictère se terminent heureusement mais les formes cholémiques graves d'après certains auteurs évoluent fatalement. Il y a cependant des exceptions.

Le pronostic en somme n'est pas fatal; mais, règle générale, on peut dire que, après chloroformisation, des vomissements persistants et l'augmentation croissante de