

donne autre chose que du lait et de l'eau. Des expériences de Puritz ont montré que 80 p. 100 environ de l'azote sont assimilés lorsqu'on donne aux typhiques des oeufs, de la viande, du pain, du café, du thé ou du porto. Des statistiques indiquent les accidents intestinaux; la perforation et l'hémorragie sont un peu moindres avec le régime libre qu'avec le régime lacté. Toutefois, les différences ne sont pas très sensibles. Ce serait cependant une faute grave, l'auteur le reconnaît, que de prescrire une alimentation variée dans la fièvre typhoïde sans une surveillance sévère, et l'on s'exposerait à voir survenir des rechutes et des accidents intestinaux. Le premier soin est de mettre le malade à une diète liquide avec du lait et du blanc d'oeuf pour base. Cette alimentation peut être portée à 2.500 calories en ajoutant des féculés, de la purée de viande, des huîtres. On surveillera les selles pour y chercher des aliments non digérés et pour surveiller l'état de l'intestin. Dans les premiers jours, des doses de calomel assureront l'évacuation de l'intestin, puis on aura recours aux lavements. En cas de diarrhée l'alimentation sera suspendue et l'on donnera du bismuth et des préparations opiacées.

Par Fussel (*Boston med. and surg. J.*, 24 juin 1909).

Auto-inoculation et réinfection syphilitiques

L'auteur, fort de son expérience personnelle, considérable et de celle de son père, le célèbre syphiliographe anglais, bat en brèche la théorie qui veut qu'une atteinte syphilitique confère l'immunité.

En premier lieu, Hutchinson relate quatre observations personnelles d'auto-inoculation syphilitique. Le premier cas est celui d'une femme de 25 ans, ayant présenté un chancre de la lèvre inférieure : 3 semaines plus tard, un second chancre induré apparaissait à la lèvre supérieure. La seconde observation concerne un homme qui, 1 mois après avoir présenté un chancre induré de la verge, eut un chancre à la deuxième phalange du pouce droit. Chez le troisième sujet, un intervalle de deux mois s'écoula en l'apparition du premier chancre, situé dans le sillon balano-préputial, et le second développé au niveau de la racine de la verge. Deux mois également s'écoulèrent chez le quatrième sujet entre les deux chancres : le premier, à la verge, le second, à l'index droit avec adénopathie axillaire et traînées lymphangitiques au bras.

La deuxième partie du travail d'Hutchinson traite de la réinfection syphilitique, dont la possibilité est prouvée par 7 observations personnelles rigoureusement contrôlées. L'intervalle entre les deux infections a été respectivement de 7 ans, 3 ans, 12 ans, 3 ans, 7 ans, 8 ans, 18 mois (l'intervalle le plus court qui ait jamais été observé). 7 ans tous ces cas les deux atteints furent caractérisés par le chancre induré et par les accidents secondaires.

Hutchinson conclut à l'insuffisance et à l'inefficacité du traitement mercuriel, continu et de durée relativement courte (1 an à 18 mois), tel qu'on le

pratique en Angleterre. Mieux vaut un traitement interrompu et continué pendant plusieurs années.

L'auteur a vu 3 cas de syphilis acquise, incontestable, chez des hérédosyphilitiques.

G. HUTCHINSON (de Londres).

* * *

Deux nouveaux signes de perforation intestinale dans la fièvre typhoïde

A. J. Brown, de Rome (Etat de New-York), décrit les deux signes suivants qu'il a observés plusieurs fois dans les perforations intestinales de la dothiéntérie. Quand on place le stéthoscope au niveau de la région habituelle des perforations et qu'on appuie brusquement, l'oreille perçoit des crépitations fines; elles s'entendent sur une étendue de 5 cm. de diamètre au maximum et seraient dues au frottement se produisant entre les 2 feuillets enflammés du péritoine.

L'autre signe consiste en un déplacement du point douloureux maximum suivant la position du malade. Si, par exemple, le malade accuse un point douloureux au niveau de la fosse iliaque droite, on le couchera sur le côté gauche : au bout d'un temps variable, de 15 à 30 minutes, on verra que le point douloureux s'est déplacé vers la gauche de 25 à 30 millimètres, obéissant aux lois de la pesanteur.

Ces deux signes commanderaient l'intervention immédiate au même titre que la rigidité de la paroi abdominale. (*Journ. of the American med. Assoc.*, 27 Février, p. 695.)

Rougeole et diphtérie

M. Warden (de Paris) relate l'observation d'une jeune fille de 16 ans qui, au décours d'une rougeole, présenta des phénomènes d'obstruction laryngée. Au treizième jour, la situation devint grave; l'épiglotte et l'amygdale droite étaient recouvertes d'un exsudat grisâtre de nature probablement diphtérique; la température était de 40°6, le pouls à 140, le facies plombé la gêne respiratoire extrême. La trachéotomie fut pratiquée et l'auteur injecta 40 centimètres cubes de sérum antidiphtérique; le lendemain, cette même dose fut répétée deux fois. Entre temps, l'examen bactériologique démontra la nature diphtérique de l'exsudat. Lentement, une amélioration se produisit dans l'état de la malade et elle entra en convalescence au 25e jour.

La moralité de cette observation est que, dans tous les cas où une laryngite pseudo-membraneuse vient compliquer une rougeole, il y a lieu de pratiquer des injections de sérum antidiphtérique sans attendre le résultat de l'examen bactériologique.

(*Lancet*, 15 Mai 1909).