

On devra donc s'attacher à donner à la solution une température se rapprochant de celle du corps humain, c'est-à-dire variant entre 34 et 39 degrés. Il faudra, de plus, avoir eu la précaution de placer la partie de l'appareil qu'on doit introduire dans le rectum à cette même température. C'est d'ailleurs à cette température, ainsi que l'a démontré l'expérimentation physiologique, que se produisent le mieux les propriétés d'absorption de la muqueuse rectale.

(*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

Les ulcérations talonnières et occipitales chez les nouveau-nés et les nourrissons.

Depuis les travaux de Parrot sur ce sujet, les ulcérations qui peuvent se produire chez les nourrissons, au niveau des talons et de la nuque, sont considérées comme ne se formant guère que chez des athrepsiques, des enfants dont l'état général est mauvais et comme étant d'un pronostic très grave. Quelques auteurs ont cependant été à l'encontre de cette manière de voir, et M. Raffin (Thèse de Bordeaux) vient, en réunissant un grand nombre de faits observés dans la crèche de l'hôpital des Enfants, de montrer qu'on devait envisager les choses à un tout autre point de vue.

Il résulte, en effet, de ces observations que les ulcérations se montrent non seulement chez les athrepsiques et les débilités, mais aussi chez les enfants paraissant sains, et cela en grande proportion, puisque sur 100 enfants de la crèche on a observé 52 fois celles des talons et 14 fois celles de la nuque. Ces ulcérations ont presque toujours un début insidieux et ce n'est que progressivement que les lésions gagnent en profondeur et en gravité.

Le plus souvent, les ulcérations talonnières offrent l'évolution suivantes : elles s'étendent peu à peu en largeur et en profondeur jusqu'à ce qu'elles atteignent la dimension d'une pièce de cinquante centimes ; à ce moment, on constate leur existence, on s'en occupe ; on protège la plaie, on la nettoie, on la recouvre de poudres diverses qui, en général, la dessèchent et elle se cicatrise au bout de quelques jours, laissant à son niveau un point où les téguments sont déprimés et gardent un certain temps la trace de la lésion dont ils ont été atteints.

Tels sont les cas bénins qui constituent la majorité.

Mais, dans quelques cas, lorsqu'on les constate, les ulcérations sont arrivées à un stade plus avancé : le tissu cellulaire est mortifié, les bords de l'ulcération sont enflammés, les ganglions de l'aîne tuméfiés. Les microbes pathogènes sont entrés dans la circulation, et l'état général, primitivement bon, peut s'altérer. Mais cette atteinte de la santé générale est alors secondaire et s'explique très bien par la résorption des matières septiques au niveau de la plaie.

Les grandes ulcérations constituent ces cas tout à fait exceptionnels, qui, autrefois, avaient attiré l'attention.

Les ulcérations occipitales ont une marche tout à fait analogue à celle des lésions que nous venons de décrire ; insidieuses au début et aussi dans leur évolution, elles peuvent passer complètement inaperçues et n'être révélées et reconnues qu'après leurs complications.

Lorsqu'on constate les lésions dès le début, il est très facile de les empêcher de se développer. Un peu plus tard, M. Raffin préconise comme un des meilleurs topiques que l'on puisse employer, la poudre de sous-carbonate de fer porphyrisée.

(*Revue des maladies de l'enfance.*)

De l'endocardite rhumatismale maligne

M. LITZEN a fait une communication sur l'endocardite maligne qui va continuellement en s'aggravant jusqu'à la mort et se distingue de l'endocardite rhumatismale ulcéreuse par l'absence de processus purulents. D'autre part les manifestations articulaires qui coïncident avec cette forme d'endocardite cèdent promptement à l'administration de l'acide salicylique.

L'endocardite rhumatismale maligne diffère des autres variétés

d'endocardite d'abord par son étiologie. On constate d'emblée tous les signes d'une grave infection générale. La température est tantôt au-dessous, tantôt au-dessus de la normale. La rate est toujours augmentée de volume, la peau et les muqueuses sont le siège d'hémorragies. Parfois on constate des hématuries, mais jamais on n'observe d'abcès métastatiques.

La durée de l'affection est en général de plusieurs semaines, et elle se termine presque infailliblement par la mort.

Quant aux manifestations rhumatismales concomitantes, elles ne se distinguent en rien au point de vue clinique de celles qui accompagnent les autres variétés d'endocardite. Le liquide retiré des jointures est toujours limpide ou à peine trouble, jamais purulent.

L'endocardite maligne débute par un violent frisson, et cela généralement au moment où les manifestations articulaires du rhumatisme commencent à rétrocéder ; elle peut ainsi débiter par une série de petites hémorragies cutanées. A l'auscultation du cœur, on entend d'abord un bruit péricardique qui, peu à peu, change de caractère, de sorte qu'on ne peut plus dire s'il prend sa source au niveau du péricarde ou de l'endocarde.

Tantôt on observe une accélération considérable du pouls (jusqu'à 100 battements par minute), avec arhythmie très prononcée, palpitations, oppression excessive, etc. ; tantôt ces symptômes sont beaucoup moins accusés et ne s'exagèrent qu'à l'occasion des émotions.

La mort a lieu par asphyxie ou par le fait de complications cérébrales.

A l'autopsie on ne trouve jamais ni foyer purulent, ni thrombose au niveau des viscères ; les lésions peuvent porter également sur les valvules du cœur droit et sur celles du cœur gauche ; elles sont tout à fait identiques à celles de l'endocardite septique et ne sont pas toujours limitées à l'endocarde des valvules ; elles peuvent notamment intéresser la face interne des ventricules. La péricardite fibrineuse est une complication fréquente de l'endocardite maligne, mais jamais elle ne devient purulente. S'il y a des infarctus, ils ne sont point d'origine inflammatoire.

Cet ensemble de phénomènes se rapproche beaucoup de celui qu'on observe dans l'endocardite septique, et il est parfois très difficile de distinguer ces deux affections l'une de l'autre. On comprend ainsi comment certains auteurs ont pu affirmer que l'endocardite maligne était susceptible de se transformer en endocardite septique ; toutefois, c'est là une erreur, car chacune de ces maladies relève manifestement d'un microbe différent.

A la vérité, l'endocardite maligne et l'endocardite septique coexistent parfois chez le même sujet, mais elles ne peuvent pas se transformer l'une dans l'autre.

M. VIRCHOW. — L'endocardite maligne et l'endocardite septique étant toujours exemptes l'une et l'autre de processus de suppuration il semble qu'il n'y a aucune raison d'opposer la première de ces affections à la seconde.

Quand à la prédominance des lésions au niveau du cœur droit et du cœur gauche, elle dépend uniquement du travail fonctionnel accompli par les deux moitiés du cœur ; si c'est le cœur droit qui fournit la plus grande somme de travail, comme chez le fœtus par exemple, les lésions endocarditiques siègeront surtout à droite et inversement.

(*Soc. de médecine berlinoise.*)

De la laparotomie dans l'hémotocolle retro-utérine

M. P. REYNIER communique l'observation d'une femme de 39 ans, amenée dans son service pour un arrêt des règles datant de plusieurs mois auparavant. Depuis cette époque elle avait présenté, à plusieurs reprises, un suintement sanguin et, dans les derniers temps de la fièvre, et quelques douleurs. L'utérus était immobilisé, et dans le cul-de-sac gauche on sentait une notable tuméfaction que