

du jéjunum? Cela peut tenir à des causes variées. Parmi ces malades, les uns peuvent avoir un jéjunum sain, les autres un jéjunum malade. M. A. Mathieu a tendance à croire que l'ulcus intestinal ne peut se produire que dans les cas où il y a stase du suc gastrique dans une anse intestinale. Peut-être la rétention du suc pancréatique amènerait-elle le même résultat. Cet ulcus ne se produit pas quand l'opérateur sait éviter la rétention du suc gastrique et pancréatique. Frémont, expérimentant sur des chiens, a montré qu'on obtient très facilement des ulcérations, souvent semblables à l'ulcus typique, en laissant le suc gastrique s'accumuler et séjourner dans l'estomac. Dans un travail récent, Albert Frouin (*Presse médicale*) a relaté l'histoire d'un chien ayant une fistule qui permettait l'entrée d'une petite quantité d'aliments dans l'estomac et leur sortie difficile. Il y avait rétention, auto-digestion des deux tiers de la surface de la muqueuse. La stase joue donc un rôle considérable dans la genèse de l'ulcus.

Somme toute, il ne faut négliger aucune des causes de résistance moindre de l'estomac signalées à côté de la stase et de l'hyperchlorhydrie: on comptera donc avec la gastrite interstitielle, la disparition du mucus protecteur, l'anémie locale et générale, la sclérose défensive aboutissant à l'ulcère calleux, etc., etc.; toutes ces causes peuvent intervenir dans la genèse, la marche, la persistance et la chronicité de l'ulcus.

L'infection streptococcique généralisée

Par M. le prof. Dieulafoy, de l'Hôtel-Dieu, de Paris.

L'infection streptococcique généralisée est une chose fort grave. Si des cas de guérison ont été observés, ils sont plutôt rares. M. Dieulafoy en a publié un exemple. Le seul espoir du praticien, en présence de certains érythèmes infectieux, est de ne pas avoir affaire à des érythèmes streptococciques, mais des érythèmes dus à diverses sortes de cocci, moins dangereux. La culture du sang est malheureusement la seule manière de porter un diagnostic précis et ce mode d'examen étant difficile aux confrères éloignés des grands centres, maintes fois le praticien ne pourra se prononcer en parfaite connaissance de cause.

Un homme de 30 ans, parfaitement bien portant, garçon chez un marchand de vins, se blesse, le 16 novembre 1908, le pouce à l'aide d'un foret. En dépit de la plaie toute superficielle, le bras enfle dès les premières heures; le lendemain, il existait un adéno phlegmon de l'aisselle, sans trace de lymphangite intermédiaire. En plus, un érythème envahissait l'épaule et le bras, non entouré d'un bourrelet saillant comme dans l'érysipèle. Un pointillé purpurique couvrait la tache érythémateuse, qui bientôt envahit d'autres régions des téguments et, tour à tour, couvrit le

thorax, l'avant-bras, la cuisse gauche. L'état général était mauvais, la fièvre oscillait entre 38 degrés et 39 degrés; il existait de la dyspnée, des urines albumineuses, une langue sèche et rôtie, de la diarrhée avec fort ballonnement intestinal, du délire. Du streptocoque était retrouvé dans les cultures du sang et le culot de centrifugation des urines. A un moment donné, une rémission sembla s'opérer. La température s'abaissa, la diurèse se rétablit, le délire prit fin. Le malade allait-il guérir et présenter un abcès de fixation par où s'élimineraient les germes infectieux? Il n'y avait d'espoir à conserver sur ce sujet. Dans la streptococcie, s'il se forme des abcès, c'est plutôt sous forme de phlegmon diffus qui ne fait qu'aggraver l'état du patient. Et c'est bien ainsi que les choses se passèrent. Le sang montra une hypoglobulie (3 millions de globules rouges) avec hyperleucocytose (24.000 leucocytes) et polynucléose, signe de suppuration manifeste. Successivement, on vit se produire un phlegmon diffus du bras gauche, de la cuisse gauche, de l'avant-bras gauche, de la cuisse droite. L'incision de tous les foyers malades n'empêcha pas les symptômes graves de reparaitre et de se précipiter: délire et diarrhée se montrèrent à nouveau et le malade succomba, ne présentant à l'autopsie, outre les foyers constatés du vivant, qu'une hypertrophie légère avec début de sclérose du foie, tenant sans doute à certaines habitudes alcooliques du sujet.

La streptococcie présentée par le malade peut revêtir des formes différentes et reconnaître des portes d'entrée diverses.

Une femme de 46 ans, opérée d'une tumeur du sein et ayant subi un curetage à l'aisselle, fut prise, à sa sortie de l'hôpital, d'un violent frisson. Elle venait de panser sa plaie opératoire avec un morceau de diachylon malpropre. Les bords de la plaie se recouvrèrent, s'entourèrent, cette fois, d'un bourrelet érysipélateux très net. La malade, très dyspnéique, montra une matité pleurale due à la présence d'un liquide séro-purulent qui devint purulent très vite.

Au niveau du cubitus, il se développa une plaque rouge indurée rappelant la forme de l'érythème noueux. Les articulations sterno claviculaire, tibiotarsienne, le genou se tuméfièrent; les deux parotides se prirent également et la malade succomba dans le collapsus. La culture du sang, opérée dans le service de M. Oettinger, avait, dès les premiers jours, montré du streptocoque à l'état de pureté. Quant au traitement, il avait consisté dans des injections répétées de sérum antistreptococcique de Marmorek aux doses de 20 cc.

M. Dieulafoy avait traité le premier malade également sans succès, par ces injections de sérum antistreptococcique.

Parfois, un bourrelet hémorroïdaire sert de porte d'entrée. Un homme de 60 ans; après avoir porté un lourd fardeau, sentit apparaître un bourrelet anormal au niveau de l'anus. Puis il eut de la courbature, bientôt suivie d'un violent frisson. Entré dans le service de M. Oettinger, il montra de la fièvre, un empatement douloureux au niveau de la partie postérieure de la cuisse, une langue rôtie. Le bourrelet hémorroïdaire exulcéré avait introduit le streptocoque qui fut trouvé à l'état de pureté dans les cultures