

dothienthérie a été complètement apyrétique, sa température a constamment oscillé entre 36°5 et 37° et cependant le séro-diagnostic, fait par deux fois, au début et à la fin de sa maladie, a été par deux fois positif.

Le troisième malade entre à l'hôpital avec une température de 38°9; le lendemain, la température est tombée à 38°5 et désormais elle ne dépasse plus ce chiffre. Ce sujet était malade depuis quatre semaines et avait la diarrhée; il présenta des pétéchiés avec un érythème polymorphe, qui disparurent en quelques jours sans desquamation. Le séro-diagnostic fut nettement positif.

(Revue Neurologique, 30 novembre 1906, no 30.)

Grossesses tubaires.—Leur diagnostic et traitement

Dans un récent article du "British Medical Journal," W. Tate étudie les différents aspects de la question et en précise les indications thérapeutiques.

Plus fréquemment observée dans ces dernières années, la grossesse tubaire, dit-il, après suppression d'une ou deux périodes, s'annonce par une douleur aiguë dans le bas-ventre et une hémorragie vaginale qui obligent la femme à s'aliter. Le plus souvent, après amélioration des signes, une deuxième attaque suit de près la première. Le tableau varie suivant les cas, la douleur, l'hémorragie ou le collapsus occupant le premier plan. Mais lorsqu'il y a seulement dysménorrhée, les douleurs se répètent avec insistance et l'on peut être mis sur la voie. On doit examiner les seins, sans attacher trop d'importance à l'absence de modifications. Nous ne reproduisons pas la description des signes qui annoncent l'effusion du sang dans le pelvis ni ceux recueillis au toucher, qui doit être toujours fait avec précaution. Rappelons seulement que l'unilatéralité des lésions est, avec l'histoire du début, un fait de haute importance. La pâleur, les hémorragies modérées, l'absence de septicémie distinguent l'affection actuelle des inflammations pelviennes. Chez les jeunes mariées, la question se pose toujours en présence de ces symptômes réunis et il s'agit ensuite de reconnaître si la grossesse, une fois reconnue, est intra-utérine ou extra-utérine. Le caractère et la situation de la douleur seront considérés comme un signe de valeur.

Au point de vue du traitement, quel est le moindre risque pour les patientes, suivant les cas? L'auteur distingue trois classes par ordre de gravité décroissante; dans la "forme foudroyante," il applique les règles en usage chez nous, c'est-à-dire la laparotomie, avec re-

cherche immédiate des annexes du côté de la rupture et leur ligature immédiate, suivie de l'enlèvement des caillots et du lavage du péritoine avec la solution salée chaude.

La seconde classe comprend les cas où les malades ont eu leur période douloureuse depuis déjà quelques jours: une hématoécèle s'est formée. S'il y a moins de dix jours et que les douleurs se répètent, le traitement opératoire s'impose, comme faisant courir peu de risques et permettant encore l'ablation du kyste fœtal, tout comme précédemment. La crainte de nouvelles hémorragies justifie cette manière de faire et, en fait, les résultats sont hautement satisfaisants. Si, au contraire, les malades sont demeurées dix jours et plus sans nouvelle crise douloureuse, on peut en induire que l'ovule s'est échappé de la trompe au moment de l'hémorragie et que l'organe s'est contracté après l'évacuation de son contenu. Dans ces circonstances, de nouvelles hémorragies ne semblent pas à redouter et la patiente pourra bénéficier de la résorption, étant simplement gardée au lit en observation. Si les signes de la suppuration surviennent, on sera à temps pour ouvrir et drainer par la voie basse.

Dans le dernier ordre de faits, la malade a eu des pertes de sang irrégulières, avec des crises douloureuses répétées mais sans pâleur et sans collapsus: si l'on trouve à l'examen un épanchement enkysté, on opinera pour l'ablation par voie abdominale. Car le traitement, dans ces conditions, lui fera subir un risque minimum alors que l'expectation pourrait être dangereuse, et l'on se verrait plus tard forcé d'intervenir en pleine syncope, c'est-à-dire avec moins de chances de succès. On voit donc que l'auteur attache beaucoup d'importance, en dehors des cas suraigus, à la "répétition des douleurs," pour sortir de l'expectation.

Empoisonnement mortel par la santonine à dose thérapeutique

(Vierteljahrschr. f. gerichtl. Mediz., mars 1908)

M. E. von Sury-Bionz cite l'observation d'un petit garçon de trois ans et demi qui prit, en deux jours, douze pastilles de santonine. Cette quantité représentait environ 9 centigrammes de substance active et n'était donc pas excessive. L'enfant présenta bientôt de l'agitation, son visage devint bouffi, les muqueuses se décolorèrent. Les urines devinrent albumineuses et l'examen microscopique décela des cylindres rénaux. Il s'agissait donc d'une néphrite aiguë à laquelle le malade succomba bientôt.