

graves la seule méthode efficace est celle de Graefe, la cautérisation au nitrate d'argent faite avec de grandes précautions. Si l'accident est récent, on commence par appliquer des compresses glacées qu'on change toutes les cinq minutes, montre en main, jour et nuit. Les instillations de nitrate d'argent ne doivent être entreprises que lorsque la tuméfaction des paupières a diminué et que la sécrétion conjonctivale est devenue franchement purulente, crémeuse. On lave alors l'œil avec une solution d'acide phénique ou d'acide borique à 2 0/0, puis on le badigeonne avec un pinceau trempé dans une solution de nitrate d'argent à 3 0/0. D'après le conseil de Graefe, la mère tient l'enfant de façon que sa tête se trouve fixée entre les cuisses du médecin ; celui-ci retourne les paupières pour pouvoir atteindre avec le pinceau les culs-de-sac palpébraux.

On peut graduer la cautérisation par la façon dont sont faits les badigeonnages, en agissant lentement ou rapidement, en laissant plus ou moins de temps entre l'application du nitrate d'argent et la neutralisation par le chlorure de sodium. La cautérisation ne doit jamais être assez intense pour amener des pertes de substance, et en tout cas ne doit être répétée qu'après la chute des eschares antérieures et quand la conjonctive a repris sa couleur rouge. Après la cautérisation, on applique une compresse glacée pendant quelques heures. Une cautérisation par 24 heures suffit généralement ; mais si l'état s'améliore on peut espacer les séances. Si la cornée vient à être atteinte et s'il existe déjà une perforation, ou si on la redoute, les instillations de nitrate d'argent devront être combinées avec celles d'ésérine à 1 1/2 pour 100.

18. — Trismus et tétanos des nouveau-nés.

Sous le nom de trismus (de τριζω, je grince) et de tétanos (de τετανω, je tends) des nouveau-nés on désigne une affection caractérisée par des contractions toniques débutant dans les muscles masticateurs et envahissant ensuite tous les muscles du corps. Les auteurs ne sont pas d'accord sur l'époque d'apparition de la maladie. D'après Vogel, le tétanos ne débiterait que du premier au cinquième jour après la chute du cordon ; d'un autre côté on connaît des cas où il a débuté au

premier jour de la vie (West), 15 jours, trois semaines après la naissance (Ingerslew) ou encore plus tardivement. Sur 209 cas réunis par Hartigan (1884) les convulsions toniques se sont manifestées 15 fois immédiatement après la naissance, 13 fois au deuxième jour, 39 fois au quatrième, 34 fois au cinquième, 35 fois au sixième. A partir du sixième jour la fréquence diminue, de sorte que du 18^e au 28^e jour on ne trouve qu'un cas par jour. Les cas que j'ai observés ont tous débuté dans la deuxième semaine.

Anatomie pathologique. — Les lésions du trismus et du tétanos ont été peu étudiées. La plupart des auteurs s'accordent à dire qu'il s'agit de congestions du côté de la moelle épinière ou du cerveau, d'extravasations sanguines, particulièrement sous les méninges rachidiennes, de foyers d'apoplexie séro-sanguinolente plus ou moins étendus dans le canal central de la moelle. Mais comme on rencontre les mêmes lésions chez les animaux empoisonnés par la strychnine, il faut les considérer comme secondaires aux convulsions. Rokitsansky, Demme, Michaud ont décrit dans ces cas une prolifération des cellules de la névroglie de la moelle et un peu aussi du cerveau, mais cette lésion est loin d'être constante. Dans un cas de tétanos de l'adulte, Aufrecht a trouvé des altérations considérables des ganglions dans presque toute la longueur de la moelle. Dans la portion lombaire, les cellules ganglionnaires des cornes antérieures étaient intactes ; par contre les granulations pigmentaires des cellules des cornes postérieures présentaient une coloration jaune intense au niveau de la portion dorsale, et presque partout elles avaient un aspect grumeleux. Dans la moelle cervicale on constatait une coloration rouillée de la plupart des cellules ganglionnaires, des granulations pigmentaires, l'absence de noyaux dans les cellules. En outre, il existait dans la substance fondamentale, entre les fibres nerveuses, des corpuscules jaunes, anguleux, semblables à des granulations pigmentaires, et des productions rondes comme des gouttelettes d'huile. Les recherches ultérieures pourront dire la valeur de ces lésions dans le tétanos des nouveau-nés.

Étiologie. — Depuis les recherches remarquables de Nicolaïer et Rosenbach, l'étiologie du tétanos, fort obscure jusque-là, a fait un grand pas. Nicolaïer est parvenu à provoquer le tétanos chez des

animaux en leur inoculant de la terre sous la peau; de son côté Rosenbach a isolé et cultivé le bacille trouvé dans la terre et décrit par Nicolaïer, et a prouvé expérimentalement son pouvoir pathogène. Les recherches et les résultats obtenus par Rosenbach ont été confirmés par beaucoup d'autres auteurs (Bonome, Hochsinger, Vanni, Garré, etc.). Brieger a même réussi à isoler le produit toxique fabriqué par le bacille, la tétanine ($C^{12} H^3 N^2 O^1$) qui a la propriété de provoquer des convulsions intenses chez les animaux. Peiper et Beumer en injectant les cultures du bacille du tétanos dans la plaie ombilicale des animaux nouveau-nés, ont produit le tétanos, particulièrement quand la plaie était soumise en même temps à une irritation mécanique forte et prolongée. Le bacille du tétanos se rencontre dans la poussière des chambres et dans les couches superficielles du sol. L'expérience journalière confirme le reste des résultats de ces recherches de laboratoire. La coïncidence fréquente du tétanos avec les affections des vaisseaux ombilicaux est très connue: ainsi, d'après Burmeister, les 4/5 des enfants atteints du tétanos, à la Maternité de Berlin, étaient affectés d'artérite ombilicale. Le tétanos des nouveau-nés est plus rare chez nous que dans les pays chauds, plus fréquent parmi les nègres que dans la race blanche. Tous les observateurs remarquent en outre que les enfants nègres sont mal soignés, que la plaie ombilicale est laissée sans surveillance, que les habitations et les vêtements sont sales. Il n'est donc pas étonnant que dans ces conditions et avec une température très élevée, l'affection soit plus fréquente dans cette race.

Clarke en faisant établir un bon système de ventilation à la Maternité de Dublin, est arrivé à supprimer le trismus, ce qui prouve quel rôle important jouent les mauvaises conditions hygiéniques dans la genèse de cette affection. Un fait remarquable, c'est que souvent le trismus suit la sage-femme dans sa clientèle. Schneider (de Fulda) et Kebes (d'Elbing) ont observé, le premier 60 cas et le second 99 cas de tétanos dans la pratique de deux sages-femmes; ils n'ont pu découvrir d'autre cause que l'usage de bains trop chauds administrés aux enfants. Il est difficile de dire, en se rapportant aux observations anciennes, si tous les cas de tétanos sont d'origine infectieuse. Pour Sims et Wilhite les traumatismes du crâne de l'enfant jouent un certain rôle dans sa production. A les en croire, le tétanos n'atteindrait que

les enfants dont l'occipital, refoulé au-dessous des pariétaux, exerce une pression sur le cerveau et la moelle allongée. Hartigan accepte également la théorie de la compression. On a admis encore que le tétanos peut être produit par les tiraillements des nerfs dans la cicatrice ombilicale. On comprend du reste facilement que d'autres causes, que l'infection septique puissent provoquer le tétanos et que l'organisme de l'enfant réponde de la même façon à des excitations de nature différente. Il n'en est pas moins vrai que les germes infectieux doivent être considérés, d'après les recherches récentes, comme les principaux agents du tétanos (1). L'étiologie de l'affection ainsi comprise, fait déjà prévoir toute l'importance des mesures prophylactiques.

Symptômes et marche. — Le premier symptôme à signaler est le plus souvent l'agitation, qui se manifeste surtout quand l'enfant est au sein. Le malade rejette en poussant des cris le sein qu'il vient de prendre. Les cris sont plaintifs; dans les cas que j'ai observés, les enfants étaient tellement abattus qu'ils n'émettaient que des gémissements faibles et enroués. Les parties latérales de la face présentent une dureté extraordinaire due à la contracture des masséters. La mâchoire inférieure, étroitement appliquée contre la mâchoire supérieure, permet à peine l'introduction de l'extrémité du petit doigt. Le front est plissé, les yeux presque toujours fermés; sur la face on voit de temps en temps des mouvements convulsifs qui tantôt tirent les angles de la bouche, tantôt rapprochent les lèvres en forme de groin.

Peu à peu, la contracture envahit les muscles du tronc et des extrémités, le corps devient dur, comme tendu. Lorsque la contracture cesse, le corps devient momentanément plus souple, plus flexible; mais au bout de quelque temps un nouvel accès survient, la tête se porte fortement en arrière, la colonne vertébrale se courbe en arrière, tout le corps forme un arc de cercle, et l'enfant ne touche le lit que par sa tête et ses pieds. La respiration est irrégulière, courte, super-

(1) Beumer a trouvé le bacille du tétanos dans la plaie ombilicale d'un enfant qui succomba au trismus au 10^e jour après sa naissance; les souris inoculées avec des fragments de tissu ombilical eurent le tétanos. Il conclut (*Zeitsch. f. Hygiene. Bd III*) que le tétanos des nouveau-nés est identique à celui des adultes et au tétanos expérimental de Nicolaïer. (L. G.)

ficielle. L'impulsion cardiaque est forte; le pouls petit, serré, à peine perceptible, battant 200 fois par minute. Pendant les accès la peau devient rouge foncé, puis se cyanose jusqu'au bleu foncé; s'il y a de l'ictère en même temps, la peau prend une coloration intermédiaire au jaune et au rouge sombre. Dans les cas que j'ai observés je n'ai pas constaté d'anomalies dans la sécrétion urinaire ou la défécation. La diarrhée signalée par quelques observateurs s'explique peut-être par l'existence de lésions concomitantes de l'intestin.

La température est sujette à des variations. On l'a vue parfois monter très haut, mais dans certains cas traînants, elle s'élève peu, reste à la normale, ou même descend au-dessous (Hryntschak).

La maladie peut durer d'un jour à trois semaines. Dans ceux de mes cas qui se sont terminés par la mort, la durée moyenne a été de trois à quatre jours; un autre cas à forme légère que j'ai observé chez un garçon de six mois, a duré près de quatre semaines et s'est terminé par la guérison. Le cas de Hryntschak a duré 28 jours. La durée des accès séparés, surtout vers la fin de la maladie, est difficile à apprécier, les accès devenant subintrants.

Diagnostic. — Le diagnostic peut être fait de bonne heure. L'aspect de la face, la position du maxillaire inférieur, la façon dont l'enfant tette, sont très caractéristiques. Une fois développés le trismus et le tétanos ne peuvent être confondus avec aucune autre maladie.

Pronostic. — D'après mon expérience personnelle, le pronostic est très sombre. Comme je l'ai dit, j'ai perdu presque tous mes malades. Monti a été plus heureux: sur quatre malades il n'a eu que deux morts; Soltmann a eu une guérison sur six cas.

Traitement. — Il résulte de l'étiologie que la *prophylaxie* a la plus haute importance et qu'elle doit embrasser toute l'hygiène du nouveau-né. Pureté de l'air, propreté de la nourriture et des linges; pansement soigneux du cordon; éviter toute souillure et toute irritation mécanique de la peau et des muqueuses; éviter les bains trop chauds, les refroidissements, les changements brusques de température, telles sont les bases de la prophylaxie. Au moindre soupçon de trismus on examinera attentivement l'enfant pour saisir une indication étiologique: on se rendra compte de l'état de la plaie ombilicale, de

la forme de la tête, on cherchera des ulcérations sur la peau ou les muqueuses.

Lorsque les os du crâne sont déplacés, on essaie, par des manipulations appropriées, de les remettre en place; si la plaie ombilicale suppure, on fait un pansement antiseptique avec du benzoate de soude, de l'iodoforme ou de l'acide borique; contre les troubles digestifs on administre du sirop de rhubarbe et de manne. On donne en même temps des bains tièdes à la température de 28°; on évitera la lumière trop vive et les courants d'air, tout en maintenant la ventilation parfaite de la chambre. Si le trismus ne cède pas à ces moyens, on s'adresse aux narcotiques et aux antispasmodiques: hydrate de chloral en lavements (hydrate de chloral de 0,25 à 0,50, eau 25, pour un lavement, à répéter au besoin 3 fois dans la journée), ou à l'intérieur, jusqu'à la dose de 1 gr. par jour que les enfants supportent très bien. Monti recommande d'une façon toute particulière les injections sous-cutanées d'extrait de fèves de Calabar à la dose de 0,006 milligr. répétées à de courts intervalles, jusqu'à 0,06 centigr. par jour; à l'intérieur on le donne à la dose moyenne de 0,06 centigr. On pourra se servir encore d'injections sous-cutanées de sulfate d'atropine à 0,01 pour 20 à la dose d'une goutte toutes les trois heures. Demme a employé le bromhydrate de conicine (0,05 pour 100 gr. d'eau) à la dose de 0,01 à 0,005 milligr. par jour, en injections sous-cutanées ou à l'intérieur. Cette substance s'accumulant dans l'organisme, ses effets devront être minutieusement surveillés. On a encore essayé l'extrait de cannabis indica à la dose de trois à cinq milligr. toutes les deux heures.

Je n'ai pas employé chez d'aussi jeunes enfants les inhalations de chloroforme ou de nitrite d'amyle. D'après Ingham ce dernier atténue l'intensité des accès. Le curare qui n'a pas donné de grands résultats dans le tétanos des adultes (Karg), n'a pas encore été employé chez les nouveau-nés. Le bromure de potassium, le valérianate de zinc, d'après ce que j'ai observé dans le tétanos et les autres affections convulsives de l'enfance, agissent peu. Soltmann donne la teinture de musc à la dose de 0,03 centigr., ou la teinture d'ambre et de musc par gouttes. Dans le cas de guérison que j'ai mentionné et dont l'évolution a été lente (température au-dessous de 38°,5), aucune de ces substances successivement employées ne m'a donné de résultat; la guérison fut spontanée.

Dans les cas compliqués de fièvre très intense on aura recours aux antipyrétiques, à petites doses, l'antipyrine ou l'antifébrine.

19. — Sclérème des nouveau-nés. Œdème aigu

Le sclérème (de *σκληρόω*, je rends dur) est caractérisé par un épaissement particulier, dur, de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané. Il se rencontre particulièrement chez les nouveau-nés chétifs ou les enfants nés avant terme. Les enfants se refroidissent d'une façon surprenante et succombent ordinairement au bout de quelques jours. Hennig a considéré à tort cette affection comme identique à la sclérodermie des adultes, car Cruse a démontré que les jeunes enfants peuvent être atteints de véritable sclérodermie et que celle-ci en diffère beaucoup. Sous ce nom de sclérème, on comprend deux maladies de nature différente qui peuvent se rencontrer toutes les deux chez le même malade, mais qui doivent être séparées au point de vue pathogénique, bien que leurs manifestations cliniques aient beaucoup d'analogie.

Dans la première forme, l'œdème aigu proprement dit des auteurs (scléroœdème de Soltmann), il s'agit d'une accumulation de sérosité dans le tissu conjonctif sous-cutané et dans le tissu conjonctif interstitiel des muscles. Dans la seconde forme, l'infiltration œdémateuse manque, mais le tissu adipeux sous-cutané présente un état particulier analogue à la coagulation ; c'est le sclérème adipeux.

Les recherches de Langer sur le tissu adipeux des nouveau-nés ont en effet démontré que pendant la vie on peut observer une sorte de coagulation de la graisse (Fettgerinnung), phénomène qui jusque-là avait été considéré comme d'origine cadavérique ou préagonique. Nous reviendrons sur cette maladie à l'occasion des affections intestinales des enfants. Dans le chapitre qui suit, nous ne nous occuperons que de l'œdème aigu des nouveau-nés.

Anatomie pathologique. — Si l'on prend entre les doigts la peau des enfants morts de sclérème, on sent que les parties atteintes (et souvent c'est toute la peau) sont dures et tendues. La tension est surtout marquée aux parties déclives. La peau est extrêmement pâle ; ou bien, par places, de couleur rouge vineux, marbrée et parfois tachetée

d'ecchymoses. Si on incise la peau, il s'écoule du tissu conjonctif sous-cutané une sérosité jaune pâle ou sanguinolente qui se coagule à l'air. L'œdème pénètre aussi dans les muscles. D'après Hennig, le derme est épaissi par un tissu conjonctif de nouvelle formation, et le tissu adipeux par du tissu conjonctif plus ancien ; les veines et les capillaires sont fortement injectés ; çà et là on trouve des foyers hémorragiques. Le *cerveau* est ordinairement œdématié, pâle ; ses veines et sinus sont pleins de sérosité sanguinolente ; on rencontre rarement des foyers d'apoplexie. Les *poumons* sont atelectasiés dans les parties inférieures, et si la maladie dure quelque temps ou s'il survient des complications, on trouve de la pneumonie catarrhale ; il y a en outre un léger degré d'œdème pulmonaire, quelques ecchymoses sur la plèvre. Le *cœur* est flasque, quelquefois atteint de dégénérescence graisseuse (Demme). Le *tube intestinal* présente tous les signes d'un catarrhe intense et des ecchymoses (Parrot) qu'on rencontre aussi dans l'estomac. Le *foie* et la *rate* sont hyperhémisés, cette dernière molle et diffluite. Les *reins* peuvent présenter un commencement de néphrite et aussi des traces d'infarctus urique. Parrot a décrit des ecchymoses sur les reins et dans la vessie.

Symptômes et marche. — La maladie débute ordinairement dans les premiers jours de la vie (les quatre premiers jours d'après Bierbaum). Dans un cas que j'ai vu, l'œdème a commencé vers la fin de la troisième semaine ; dans un autre tout récent, il a débuté dans le courant du troisième mois. Il s'agit ordinairement d'enfants nés avant terme ou simplement chétifs qui présentent une respiration faible et se nourrissent mal. Les enfants sont inquiets, crient ou se plaignent continuellement ; leurs selles n'ont rien de spécial ; tantôt il existe de la constipation, tantôt tous les signes de catarrhe intestinal intense, diarrhée et vomissements. Le ventre est mou, empâté, gros ; la muqueuse buccale et la langue sont fréquemment couvertes de muguet. L'ictère s'observe assez souvent ; le nombril, ulcéré, est couvert de pus. Dans un cas de sclérème que j'ai observé, il existait en même temps de l'infection septique avec omphalite, aphtes de Bednar, et pleurésie droite à épanchement considérable.

Peu à peu se développe l'induration de la peau aux extrémités inférieures ou aux mollets. La peau est pâle, dans certains endroits bleu rouge, dans d'autres marbrée. Les extrémités sont très froides et on

n'arrive pas toujours à les réchauffer par des enveloppements chauds. L'épaississement envahit progressivement tout le tégument. Le dos des mains et des pieds se gonfle et s'arrondit; les mollets sont durs, les cuisses raides, empâtées; la peau de l'abdomen et du tronc, celle de la tête se prennent à leur tour. Tout en un mot est dur et tendu. Les articulations sont à peine mobiles, la figure est figée, inerte; l'enfant ouvre à peine la bouche en pleurant, la succion est très difficile et quelquefois tout à fait impossible. La respiration est courte, superficielle, interrompue de temps en temps par quelques accès de toux faible, à peine perceptible; la peau paraît froide comme celle d'une grenouille et la température prise dans le rectum s'abaisse à 32° et à 22° cent. L'urine est rare. La vie n'est guère possible dans ces conditions: la respiration devient de plus en plus superficielle, le cœur s'affaiblit et devient irrégulier; la mort ne tarde pas à survenir.

Si le sclérème est partiel et s'il n'existe pas en même temps de complications telles que diarrhée, atélectasie pulmonaire, pneumonie catarrhale, la guérison est possible: la peau devient de plus en plus souple, la coloration anormale disparaît, la température remonte, et l'enfant commence à prendre le sein et finit par se rétablir lentement.

Étiologie. — Hennig considère le sclérème comme une affection inflammatoire, l'anémie de la peau comme l'effet de l'irritation et l'œdème comme un exsudat actif. Ce qui contredit cette théorie, au moins pour le plus grand nombre des cas, c'est l'existence de la cachexie générale chez ces enfants. J'ai observé dans deux cas mortels une forte élévation de température au début, et quand le processus s'est généralisé, la température est tombée très bas. Dans l'un d'eux, un enfant de 3 mois, bien nourri et jusqu'alors vigoureux, présentait un œdème dur de l'épaule et du bras droit, qui s'étendit rapidement à tout le corps; la température, de 41° et plus au début, tomba brusquement au-dessous de 35° dans le rectum; l'enfant succomba à des phénomènes de paralysie cardiaque, avec une peau froide, livide, marbrée. Les cas de ce genre sont rares et peut-être faudrait-il les séparer du sclérème. C'est du reste aussi l'opinion de Clementofsky. Ce qui est certain, c'est que l'affection est plus fréquente dans les hospices d'enfants assistés, dans les cas de faiblesse congénitale (chez des enfants nés avant terme ou dans de mauvaises conditions hygiéniques).

On a souvent accusé le refroidissement en se basant sur ce fait que l'affection est plus fréquente pendant l'hiver. Mais cela n'expliquerait en rien la nature de la maladie. On n'a pas trouvé de rapport entre le sclérème et les infections septiques ou puerpérales; quant à l'identification du sclérème avec la sclérodermie des adultes, elle n'est nullement justifiée. En somme, on ne sait rien de positif sur l'étiologie de cette affection; mais j'admettrais volontiers que la maladie est produite par un agent infectieux exerçant son action sur les parois des petits vaisseaux, action lente chez les enfants bien portants, très rapide chez les enfants chétifs, peu résistants, à respiration faible, à nutrition et assimilation insuffisantes.

L'hypothermie considérable s'explique suffisamment par la faiblesse du cœur et de la respiration. C'est un phénomène analogue à celui qu'on observe chez les animaux vernissés.

Diagnostic. — Le diagnostic ne présente aucune difficulté. Dans l'érysipèle il existe toujours de la fièvre, et la coloration de la peau est plus rose, plus claire. Mais par contre, le sclérème qui survient quelquefois après l'érysipèle ne se distingue en rien du sclérème idiopathique. Au point de vue clinique, le diagnostic avec le sclérème adipeux est entouré de grandes difficultés. Si l'on n'a pas suivi la maladie dès le début, et si l'on voit l'enfant à la fin de son évolution le diagnostic est presque impossible: dans le sclérème adipeux on trouve comme dans le sclérème aigu le même aspect marbré, la même coloration blanche, luisante de la peau, le même état de tension du tégument, la même difficulté des mouvements. Le sclérème ne peut guère être confondu avec l'hydropisie, du reste la température décide en cas de doute.

Traitement. — La thérapeutique consiste: 1) à combattre les causes que l'on a reconnues, telles que diarrhée, infection septique; 2) à relever le cœur et la tension artérielle; 3) à lutter contre l'hypothermie; 4) à combattre l'œdème lui-même.

Nous avons déjà parlé de la conduite à tenir dans le cas d'infection septique. Pour venir à bout de la diarrhée, le mieux est une alimentation appropriée, le lait de la mère ou d'une nourrice. Pendant quelque temps on sera obligé de nourrir l'enfant à la cuiller ou à la sonde stomacale. Quant aux moyens thérapeutiques proprement dits

nous en parlons plus loin, dans les chapitres consacrés à la diarrhée.

Parmi les excitants du cœur et du centre respiratoire nous pouvons indiquer le musc, la solution de succinate d'ammoniaque (1), le camphre, l'infusion de café noir assez forte, le vin ; on peut encore avoir recours aux injections sous-cutanées de quelques gouttes d'éther acétique ou de teinture de musc. Dans le même but, on emploiera les bains chauds, les bains de sable chauds, les enveloppements chauds, moyens qui permettent de lutter en même temps contre l'hypothermie. Si la respiration reste superficielle on fera des frictions générales et du massage dans les endroits infiltrés, ce qui remplit la quatrième indication thérapeutique. Si on arrive à faire crier l'enfant avec force, on le met par cela même dans des conditions favorables à la circulation. Quand la respiration est tout à fait insuffisante, on pourra recourir au procédé de Schultze ou à l'excitation de la muqueuse nasale, qui rendent les mouvements respiratoires plus profonds. S'il existe en même temps des foyers de pneumonie ou du catarrhe bronchique on administrera avec avantage l'ipéca, la liqueur ammoniacale anisée (2). Il est bien entendu que l'enfant sera placé dans les meilleures conditions hygiéniques possibles.

(1) S'obtient par le mélange de :

Acide succinique.....	1 partie.
Eau distillée.....	8 —
Carbonate d'ammoniaque.....	1 —

(Pharm. german.)

(2) Alcool à 90°.....	96 —
Essence d'anis.....	3 —
Ammoniaque.....	24 —

(Pharm. german.)

(L. G.)

LIVRE II

MALADIES GÉNÉRALES

I. — Maladies infectieuses aiguës.

Le caractère commun des maladies infectieuses aiguës c'est qu'elles n'ont jamais ou que rarement une origine autochtone ; en général elles sont produites par un virus spécifique (contage) et se propagent d'individu à individu ; chacune d'elles provoque une maladie spécifique de même nature et pas d'autre (1). Après sa pénétration dans l'organisme, le contage reste quelque temps sans provoquer de phénomènes appréciables (incubation). Après une certaine période, son action sur l'organisme se manifeste par des symptômes fébriles, en même temps que les altérations anatomiques de certains organes deviennent appréciables. Après une marche plus ou moins cyclique des phénomènes fébriles, les altérations anatomiques des organes rétro-cèdent, quand la maladie guérit. Généralement la réceptivité de l'organisme pour ce même contage est alors détruite (immunité) ; et cependant chez quelques personnes prédisposées on observe des récidives. La propagation, la transmission spécifique, la stérilité

(1) Il ne faudrait pas considérer cette règle comme absolue. Ainsi un contage peut passer d'un sujet à un autre et provoquer des manifestations tout à fait différentes, pneumonie, méningite cérébro-spinale, otite par exemple ; l'érysipèle peut occasionner chez une personne blessée ou accouchée une infection générale purulente ou non, etc. La réaction de l'économie à l'égard du contage change avec le terrain, avec l'âge, les prédispositions, la virulence, la quantité de virus.

Les fièvres éruptives elles-mêmes n'échappent pas à ces anomalies ; ne voit-on pas une varioloïde engendrer une variole hémorrhagique d'emblée qui n'a avec la varioloïde aucune ressemblance symptomatique ? (L. G.)