plus souvent toutefois, la rétraction est fort incomplète ou même à peu près nulle, et le foie demeure définitivement hypertrophié.

Il ne peut donc être question, nous le répétons, à proprement parler, de guérison, mais de l'établissement d'un *modus vivendi* assez précaire qui constitue actuellement le *nec plus ultra* des résultats que doit viser le médecin.

III

La condition *sine qua non* de l'établissement d'un *modus vivendi* pour le cirrhotique consiste en la suppression de l'agent pathogène des altérations hépatiques, c'est-à-dire de l'alcool. Nous ne connaissons pas un seul fait dans lequel la cirrhose ait permis la survie sans que cette condition ait été réalisée. Ce n'est donc pas, comme on l'a dit, « le lait ou la mort » qu'il faut proposer aux malades, mais « l'abstinence d'alcool ou la mort ». Sans doute, pour des raisons multiples, le régime lacté est particulièrement indiqué dans la cirrhose alcoolique, mais ici, comme dans l'urémie, son avantage découle moins de ses propres vertus, que de l'exclusion qu'il implique de substances nocives, parmi lesquelles l'alcool occupe le premier rang.

Les boissons alcooliques supprimées, la lésion du foie pourra subir un arrêt dans son évolution, un recul peut-être, mais ne s'effacera point; la sobriété n'aura pas d'effet rétroactif. C'est pourquoi un certain nombre de thérapeutes se sont efforcés de découvrir quelque substance médicamenteuse capable de réparer l'irréparable action de l'alcool. L'iodure de potassium jouit à cet égard de quelque réputation. Leudet l'administrait à faible dose; M. Lancereaux (1) le donne à celle de 2 à 3 grammes par jour, dans l'espoir que « ce médicament arrêtera sans doute l'inflammation embryonnaire peri-veineuse et empêchera la formation de brides scléreuses cicatricielles dans le foie ». Mais la plupart des médecins partagent le scepticisme de Nothnagel (2), qui n'admet pas comme démontré que l'iodure de potassium ait jamais arrêté la marche d'une cirrhose du foie, et qui pense que si dans ces cas on le prescrit, « c'est faute de mieux. »

Le calomel pourrait peut-être revendiquer pour lui les propriétés qui ont été attribuées à l'iodure de potassium, et pour notre part nous avons vu dans le service de M. Bouchard disparaître les symptômes de la cirrhose chez deux malades auxquelles journellement pendant des mois on avait administré chaque matin une pilule contenant 0,01 centigramme à 0,02 centigrammes de calomel.

Restent les indications symptomatiques; les hémorrhagies, les troubles digestifs, l'anémie pourront réclamer des indications appropriées.

Toutefois, l'ascite surtout nécessitera habituellement une intervention pressante. Pour la combattre, les sudorifiques, les diurétiques, les purgatifs et la ponction peuvent être isolément ou concurremment employés.

Entre les diurétiques, on a pu préférer le copahu, avec Duffin, la digitale avec H. Jones ou le nitrate de potasse. M. Millard emploie d'habitude une potion dite aux baies de genièvre dont voici la formule :

Baies de genièvre	10 grammes
Faire infuser dans eau bouillante	200 grammes
Ajouter :	
Nitrate de potasse	aa 2 grammes
Acétate de potasse	
Oxymel scillitique	30 grammes
Sirop des cinq racines	35 grammes

(1) Lancereaux. De la cirrhose alcoolique. *Bull. méd.* 1890, p. 273.
(2) Nothnagel et Rossbach. *Nouveaux éléments de thérapeutique.* 1889, p. 275.

Cette potion doit être prise chaque jour en quatre ou cinq fois. Elle a le mérite d'être facilement acceptée par les malades à cause de sa saveur qui n'a rien de trop désagréable. Elle peut être continuée quotidiennement pendant des mois entiers.

Mais en fait, les malades trouveront dans le lait, que l'on pourra associer à la lactose, en même temps qu'un aliment complet d'une digestibilité facile, d'une innocuité absolue pour le foie, le plus puissant des diurétiques.

Parmi les purgatifs, la gomme-gutte a été administrée par Leudet, la rhubarbe par Frerichs. On peut également employer l'eau-de-vie allemande, la scammonée et surtout le calomel, dont on peut utiliser non seulement l'effet purgatif, mais encore les propriétés cholagogues et diurétiques.

Lorsque l'ascite est considérable, lorsqu'elle engendre des vomissements opiniâtres et surtout une gêne respiratoire considérable résultant du refoulement du diaphragme, il faut écarter les sudorifiques, les diurétiques et les purgatifs, et recourir à la ponction qui devient une opération d'urgence. Car si l'on peut en discuter l'opportunité alors que l'ascite n'entrave pas encore les fonctions digestives ou respiratoires, elle devient alors l'*ultima ratio*, comme la thoracentèse dans certaines pleurésies à épanchement considérable. Il ne faudra d'ailleurs pas se lasser de recourir à la ponction, en se souvenant que Lyons la dut pratiquer 36 fois chez un de ses malades avant d'avoir la satisfaction de voir l'ascite cesser de se reproduire.

A. Gilbert

TRAVAUX ORIGINAUX

De la chorée fibrillaire, par le Dr Morvan, de Lannilis.
(*Suite.*)

Causes. — La chorée fibrillaire est une maladie de l'adolescence; sur les cinq cas que nous avons observés, quatre sont placés entre 16 et 22 ans; le cinquième avait 33 ans. Les récidives dans les trois cas où elles se sont montrées n'ont jamais eu lieu après l'âge de 25 ans.

Quant au sexe, elle ne semble pas avoir de préférence marquée. Deux de nos cas appartiennent au sexe masculin, et trois au sexe féminin. Mais le nombre de nos observations est vraiment trop restreint pour autoriser des conclusions. Deux de nos malades attribuaient leur affection à des fatigues, à un excès de travail. Pas de cause déterminante chez les trois autres. Deux de nos jeune filles avaient un fond de chlorose. Deux fois aussi nous relevons des antécédents héréditaires du côté du système nerveux; dans un cas, atrophie congénitale du bras chez une sœur, et dans un autre apoplexie chez le père et polyurie sans diabète chez la sœur.

Siège, nature. — La chorée fibrillaire est une lésion de la corne antérieure de la substance grise dont elle n'intéresse ordinairement que la portion où se trouve l'origine du nerf sciatique. Mais elle peut en sortir et gagner presque toute la hauteur du cordon antérieur. Limitée d'abord aux colonnes des cellules motrices, elle ne s'y confine pas toujours; on la voit alors s'étendre en profondeur, atteindre les centres excito-sudoraux et accélérateurs du cœur, et arrivant jusqu'au cordon intermédio-latéral, intéresser le centre vaso-moteur lui-même que Pierret place à ce niveau.

Le cordon postérieur reste toujours indemne.

Cette sorte de chorée est éminemment curable et ne saurait avoir que des racines superficielles. Rien de la sclérose, une simple irritation avec ou sans congestion.

Digitized by Google

Récidive. — Elle est fréquente. Elle a eu lieu chez trois de nos malades. Elle s'est montrée trois fois chez l'un et une fois seulement chez les deux autres.

Pronostic. — La guérison est la règle. En comptant les récidives, sur dix cas de maladie, la terminaison a été favorable neuf fois. La mort est cependant survenue chez l'un de nos malades, qui a succombé dans le coma.

Traitement. — Le plus souvent j'ai eu recours aux bains tièdes qui m'ont rendu de réels services. Deux de mes malades y sont même revenus pour une récidive, de confiance, sans m'avoir demandé conseil, en souvenir du bien obtenu antérieurement.

Chez deux autres de mes malades, j'ai tiré profit indubitablement du chloral que j'administrais à la dose de 2 et 3 grammes par jour. C'était le seul remède employé chez la malade de Kerlouan (Obs. V) et la guérison arrivait en 5 semaines.

Je n'ai employé le bromure de potassium qu'une fois, sans beaucoup de suite d'ailleurs, mais aussi sans résultat apparent.

Quelques-unes de mes malades étant chlorotiques ont été naturellement soumises à la médication ferrugineuse, qui est venue s'ajouter aux autres moyens.

Enfin, trois fois, en raison d'une certaine périodicité dans les symptômes, nous avons cru devoir administrer la quinine. Mais à part l'une de nos jeunes filles, je ne pense pas que l'antipériodique nous ait rendu service, pas plus d'ailleurs qu'une série de vésicatoires volants appliqués le long du rachis pour combattre une myélite quelque peu hypothétique. Mais nous en étions encore au début de nos observations.

En résumé, si j'avais à traiter un nouveau cas, je m'arrêterais à l'emploi des bains tièdes et du chloral, sans préjudice, bien entendu, des préparations ferrugineuses en cas de chlorose.

Peut-être que l'électricité, à laquelle je n'ai pas eu recours, mais qui a réussi nombre de fois dans une affection — le paramyoclonus multiplex — ayant de grands rapports avec la chorée fibrillaire, donnerait-elle également ici des résultats favorables.

II

Nous avons donné le nom de chorée fibrillaire à la maladie dont nous avons observé un certain nombre de cas, parce que le tableau que Ziemssen a tracé de la chorée de Sydenham pouvait aussi bien s'appliquer à celle-là.

« La spontanéité de passage des convulsions d'un muscle à l'autre, l'inépuisable activité des muscles, la rapidité avec laquelle certaines convulsions apparaissent et disparaissent, » sont autant de traits qui leur sont communs; c'est dans l'une comme dans l'autre une espèce de folie musculaire.

Même absence de fièvre, même curabilité dans les deux cas, et aussi même tendance à la récidive. Sur nos 5 malades, 3 eurent des récidives. Des 138 malades de Sée atteints de chorée vulgaire, 38 eurent également des récidives. Mais si la guérison est la terminaison ordinaire, elle n'est cependant pas constante dans la chorée fibrillaire, nous trouvons un cas de mort sur les 5 malades que nous avons observés.

Il s'en faut d'ailleurs que la terminaison par la mort soit aussi rare dans la chorée de Sydenham elle-même qu'on serait disposé à le croire, puisqu'elle a eu lieu 79 fois de 1850 à 1878, c'est-à-dire dans un laps de temps de 28 ans. Dans le tableau récapitulatif qu'en fait Raymond dans l'article *Danse de St-Guy* du *Dictionnaire encyclopédique*, je relève un cas d'albuminurie venant compliquer la chorée. C'est un genre de complication que nous avons aussi rencontré chez celui de nos faits qui s'est terminé par la mort.

Enfin, comme dans la chorée de Sydenham, il y a dans la chorée fibrillaire une certaine prédilection pour le sexe féminin, où nous l'avons rencontrée 3 fois sur 5.

Mais si ce sont là des caractères qui rapprochent la chorée vulgaire et la chorée fibrillaire, il y en a d'autres qui les différencient encore davantage, ainsi : 1°, dans la première, c'est le muscle tout entier ou un groupe musculaire qui se convulse, tandis que dans la seconde le spasme se borne à quelques fibres, tout au plus à un faisceau musculaire.

2° Dans la chorée vulgaire, les convulsions déterminent les gesticulations les plus bizarres. Elles s'étendent aux muscles du cou, de la face, et s'exagèrent dans l'exécution d'un acte intentionnel. Au contraire, dans la chorée fibrillaire, la face est indemne, et les spasmes qui ne déterminent ni tremblement ni déplacement d'aucune partie du corps, cessent dans les muscles affectés à l'occasion du mouvement volontaire qu'ils accomplissent.

3° En général, d'après Raymond (*loc. cit.*), les spasmes dans la chorée vulgaire commencent par le bras, l'avant-bras ou la main ; la face, le tronc, le membre inférieur sont bien pris à leur tour, mais c'est par le membre supérieur que le mal débute. La claudication, la démarche sautillante que Sydenham et Bouteille considèrent comme le premier de tous les phénomènes, ne précède que rarement l'agitation des membres.

Dans la chorée fibrillaire, le mal commence toujours par les membres inférieurs et y reste confiné 3 fois sur 5.

4° La chorée vulgaire est une maladie de l'enfance et se montre surtout depuis la seconde dentition jusqu'à la puberté. Les auteurs sont d'accord pour admettre que le maximum de fréquence a lieu de 6 à 11 ans, puis de 11 à 15 ans.

La chorée fibrillaire se montre, au contraire, dans l'adolescence entre 16 et 22 ans ; un seul cas s'est produit à l'âge de 33 ans.

III

Je n'ai trouvé nulle part le tableau exact des troubles de la musculation dont j'ai été témoin. Il y a pourtant une affection qui s'en rapproche en bien des points, mais aussi s'en écarte en quelques autres. Elle a été rencontrée pour la première fois par Friedreich, qui l'a désignée sous le nom de paramyoclonus multiplex.

C'est Marie, en France, qui nous a fait connaître cette maladie dont il venait d'observer un cas dans le service de Charcot. Son travail a paru en 1886 dans le *Progrès Medical*.

Avant lui, quatre autres observations avaient été publiées. Elles appartenaient à Friedreich (1881), à Lœwenfeld (1883), à Remak (1883) et à Silvastrini (1884). Depuis lors, il s'en est produit d'autres (Seeligmüller (1886) et 1887) et Homen (1887) (1).

Points communs entre la chorée fibrillaire et le paramyoclonus multiplex.

1° Les contractions dans les deux maladies se montrent avec la même irrégularité. Elles peuvent affecter les quatre membres, mais elles épargnent les muscles du cou et de la face. Il n'y est fait exception dans aucun de mes faits. Mais dans certain cas de paramyoclonus, ceux,

(1) Marina a pu réunir 22 cas de paramyoclonus dans un travail paru cette année dans les *Archives de Psychiatrie* et résumant les principaux faits publiés jusqu'ici, dont je viens d'avoir connaissance par l'analyse qu'en donne le Docteur Ricklin dans la *Revue d'Hayem*, 1889.

Digitized by Google

par exemple, de Silvastrini, de Homen, et l'un de ceux de Seeligmüller, la face elle-même est intéressée.

2° Dans l'une comme dans l'autre maladie, on peut accomplir tous les actes de préhension et de locomotion; bien plus, les convulsions cessent dans les muscles affectés pendant l'exécution des mouvements volontaires auxquels ils prennent part.

3° Friedreich avait constaté dans le cas soumis à son observation une exaltation de l'excitabilité reflexe des muscles affectés, et par suite la possibilité d'y provoquer artificiellement des convulsions, soit par le pincement et la piqûre de la peau, ou même par la simple action de l'air froid, soit par le chatouillement ou la piqûre de la plante du pied, soit encore par une pression forte exercée sur les muscles affectés eux-mêmes. Lœwenfeld et Marie, à leur tour, ont fait la même constatation. Silvastrini n'y avait pas songé, et j'avoue avoir agi malheureusement comme lui. L'idée de la provocation artificielle des convulsions dans la chorée fibrillaire ne m'est pas venue. Ma dernière observation remonte à 1885, et je n'ai eu connaissance du paramyoclonus multiplex que par le travail de Marie publié une année plus tard. J'ignore donc si la chorée fibrillaire partage ce caractère avec le paramyoclonus, mais la chose me semble probable.

4° La curabilité serait la même dans les deux maladies. Entre les mains de Friedreich, de Lœwenfeld et de quelques autres, la guérison, malgré la chronicité de l'affection, a eu lieu assez facilement par la galvanisation.

Chez mes malades, la guérison a été la règle également, tant pour la première atteinte que pour les récidives. L'un d'eux est pourtant mort.

Caractères différentiels entre la chorée fibrillaire et le paramyoclonus

1° Dans la chorée fibrillaire, les spasmes n'intéressent que les éléments des muscles, les fibres, tout au plus les faisceaux. Dans le paramyoclonus, c'est le muscle tout entier qui est en cause.

Nous lisons en effet, dans l'observation de Friedreich, « qu'il ne s'agissait pas de petits mouvements fibrillaires, mais bien de contractions portant sur l'ensemble du muscle dont *toute la masse* faisait à chaque secousse une forte saillie et se durcissait. »

Lœwenfeld en dit autant : « le malade étant nu et assis, on voit le long supinateur et le biceps des deux côtés présenter des alternatives incessantes de contractions et de relâchement, et cela dans *toute leur masse.* »

Plus près de nous, Homen fait la même constatation : « Les secousses s'étendent sur *toute la masse* du muscle. »

Donc, c'était bien l'ensemble du muscle et non pas seulement l'un de ses éléments qui entrait en convulsion; c'étaient bien des secousses et non de simples tressaillements fibrillaires.

2° Il est vrai que ces secousses n'étaient pas toujours assez prononcées pour entraîner un mouvement du membre, mais lorsque la contraction était assez forte, « on voyait se faire soit une légère flexion ou supination de l'avant-bras, soit un mouvement en haut de la rotule ou une saillie accentuée des tendons du jarret; » et plus loin : « Quelquefois le malade était réveillé en sursaut par une brusque flexion des jambes sur le ventre et il lui était alors difficile de se rendormir, tant les secousses des muscles devenaient intenses et fréquentes. Pendant le jour aussi, mais plus rarement que la nuit, il lui arrivait assez souvent d'éprouver le même genre de convulsions (Obs. de Friedreich).

Nous lisons dans Lœwenfeld « que les secousses ne sont pas violentes : aux membres supérieurs, elles ne sont suivies d'aucun mouvement, mais aux membres inférieurs il se produit une oscillation de la jambe quand celle-ci est pendante. Dans la station debout, le triceps fémoral tout entier, ou du moins le droit antérieur et le vaste interne, se mettent en mouvement, et l'on voit la rotule s'élever et s'abaisser alternativement. Parfois les secousses restaient limitées pendant un temps assez long, au semi-tendineux, et alors le tendon de ce muscle était en mouvement continuel. Lorsque le vaste interne était pris de contraction, on voyait se produire aussi un léger mouvement d'extension de la jambe. »

Dans l'observation de Marie, on note aussi des mouvements, moins prononcés à la vérité, mais enfin des mouvements manifestes. « Souvent la contraction des muscles de la cuisse ne produit qu'un léger mouvement de celle-ci; parfois aussi, sous l'influence de l'émotion, il y a une sorte de saut sur place, un peu analogue à celui que l'on fait pour surprendre une personne ou un animal, une sorte d'extension brusque des deux jambes avec génuflexion presque instantanée. »

Depuis lors, tous les observateurs sont d'accord sur la production de certains mouvements à la suite des secousses musculaires dans le paramyoclonus. Un nouvel exemple emprunté à Seeligmüller : mouvement de la rotule sous l'influence du triceps, extension et flexion alternatives des orteils. Aux membres supérieurs, pas d'autre mouvement que celui de l'épaule gauche (*Revue d'Hayem*, Thibierge, 1886). Enfin, un dernier exemple emprunté à Homen : « Les secousses sont suivies d'un mouvement parfois assez violent. Le meilleur moyen de le constater est de faire tenir au malade un objet à la main en étendant le bras; il arrive quelquefois que l'objet est fortement projeté à distance par un mouvement de supination. »

Rien de semblable dans la chorée fibrillaire. Les tressaillements, les contractions fibrillaires et même fasciculaires sont stériles; c'est un travail sans effet utile. Cependant, comme nous l'avons noté, vers la fin de la maladie, quand la mort était proche, il y a eu, dans une sorte d'état typhoïde, urémique, quelques soubresauts des tendons de l'avant-bras et même des doigts.

Mais jusque-là les tressaillements s'éteignant sur place, n'aboutissaient à aucun mouvement.

3° L'âge, le sexe, le siège de la maladie au début et la tendance à la récidive diffèrent également dans le paramyoclonus et dans l'affection que j'appelle chorée fibrillaire.

Age. — L'âge chez quatre de mes malades allait de seize à vingt-deux ans, le cinquième avait trente-trois ans. Il semble donc que la chorée fibrillaire soit une maladie de l'adolescence. Dans le paramyoclonus, c'est à un âge plus avancé que la maladie se déclare, vers le milieu de l'âge mûr, entre quarante-cinq et cinquante ans. Le malade de Marie avait quarante-neuf ans, celui de Friedreich quarante-sept, celui de Silvastrini quarante-cinq, deux des malades de Seeligmüller quarante et quarante et un ans. Cependant un premier malade de Seeligmüller appartenait à l'enfance, ainsi que ceux de Lœwenfeld et de Remak, ils avaient cinq, dix et onze ans. Celui d'Homen lui-même n'avait que seize ans (1).

Sexe. — Les malades atteints de paramyoclonus sont presque tous du sexe masculin.

Cependant le cas de Silvastrini (femme de quarante-cinq ans) fait exception (2).

Parmi les miens, au contraire, la majorité appartient au sexe féminin, trois sur cinq.

Siège de début. Dans la chorée fibrillaire, la maladie

(1) Je viens de voir que le malade de Filetti appartenait à l'âge mûr, 47 ans.

(2) Le cas de Bechterew (femme de 28 ans) est une autre exception.

Digitized by Google

débute toujours par les membres inférieurs. Il en peut être autrement dans le paramyoclonus. Chez les malades de Lœwenfeld et de Homen, c'est au membre supérieur que le mal s'est montré tout d'abord.

Récidive. — Fréquente dans la chorée fibrillaire, elle ne s'est jamais produite dans le paramyoclonus (1).

En résumé, le paramyoclonus multiplex et la chorée fibrillaire se rapprochent par un double caractère : les convulsions peuvent affecter tous les muscles autres que ceux de la face et du cou, et cessent dans les muscles affectés pendant l'exécution des mouvements auxquels ils prennent part. Ils s'éloignent aussi par un double caractère : 1° Dans la chorée fibrillaire, la convulsion n'intéresse que les éléments du muscle, fibres ou faisceaux, tandis que dans le paramyoclonus la convulsion intéresse le muscle dans son ensemble, dans toute sa masse ; 2° Dans la chorée fibrillaire, la convulsion ne produit ni tremblement ni déplacement d'aucune sorte, tandis que dans le paramyoclonus la convulsion est suivie de mouvement.

J'en étais là de mon travail, convaincu que la convulsion totale du muscle était la caractéristique du paramyoclonus de Friedreich et la convulsion fibrillaire l'apanage exclusif de la maladie que je décris, lorsque me sont signalés deux cas publiés par leurs auteurs sous la dénomination de paramyoclonus multiplex et où la convulsion se réduit à des *contractions fibrillaires*. J'en trouve l'analyse, par Pierre Marie, dans la *Revue des sciences médicales d'Hayem*, 1888 et 1889.

Le premier cas est de Raimonde Filetti (*Réforme médicale*, 1887) et le second de Kny (*Archives de Psychiatrie*, 1889).

Dans ces deux cas, malgré tout, comme du reste dans les autres cas publiés jusqu'à présent sous l'étiquette de paramyoclonus multiplex, la convulsion n'en aboutit pas moins à un mouvement.

Au surplus, voici, au point de vue que nous envisageons, un très court résumé des deux observations.

Obs. de Filetti. — Homme de cinquante et un ans, début du mal à quarante-sept. *Contractions fibrillaires* d'abord limitées aux mollets, puis gagnant bientôt la région antérieure des cuisses et enfin le bras... Les contractions qui siégeaient symétriquement aux jumeaux, au triceps crural, au couturier, au biceps brachial, ne s'accompagnaient d'aucun mouvement des membres, sauf *une très légère oscillation* qui ne gênait pas les mouvements.

Obs. de Kny. — Paysan de vingt-huit ans, contusion à l'aine qui met trois mois à guérir. Début du mal huit jours après la guérison. Les muscles des membres inférieurs deviennent le siège de secousses convulsives, semblables à des *contractions fibrillaires*, et qui atteignaient leur plus grande intensité dans les muscles gastro-némiens et quadriceps.

Les *orteils* étaient *dans une agitation continue*. Des contractions fasciculaires plus faibles se remarquaient également aux deltoïdes, aux muscles pectoraux et dorsaux et aux extenseurs des bras... Sauf aux orteils, ces contractions ne déterminaient pas de déplacement des parties agitées.

Je dois convenir que ces deux faits, malgré le mouvement oscillatoire dans le premier et l'agitation continue des orteils dans le second, se rapprochent singulièrement des nôtres, surtout celui de Kny, qui offre aussi des convulsions fasciculaires, non plus fibrillaires, aux deltoïdes et aux muscles pectoraux et dorsaux. Et je serais assez disposé à admettre que la chorée fibrillaire, malgré certaines particularités, ne serait qu'une variété du paramyoclonus de Friedreich, la variété sans mouvements, sans déplacement d'aucune partie du corps, et avec, parfois, troubles sudoraux et vaso-moteurs.

(*A suivre.*)

(2) Depuis la rédaction de ce travail, la récidive a été notée une fois. Chez la malade de Bechterew, les secousses du paramyoclonus avaient cessé pendant le cours d'une grossesse pour reparaître ensuite.

Erratum.

Dans le dernier numéro (page 176, col. 1, ligne 48), il faut lire :

On sait, en effet, que les nerfs accélérateurs du cœur *ainsi que les excito-sudoraux des membres supérieurs* ont leur origine entre les 4 dernières paires cervicales et les 5 premières dorsales, et les excito-sudoraux *des membres inférieurs* entre les 4 ou 5 premières lombaires.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Deux cas de maladie de Morvan, par Georges Guinon et A. Dutil (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, 1890, n° 1, p. 1). — Observations de deux malades du service de M. Charcot, qui ont fait l'objet de leçons cliniques de cet auteur. Les deux malades présentent entre eux de nombreuses analogies : le premier est un cas typique de la maladie de Morvan, le second serait un cas fruste ; mais tous deux sont hystériques, et présentent les mêmes stigmates, c'est-à-dire une hémi-anesthésie sensitivo-sensorielle, sans zones hystérogènes ni attaques. Ces observations ont servi à une leçon que M. Charcot vient de publier dans le *Progrès Médical* (15 et 22 mars, p. 201 et 225). Nous n'insisterons pas, car c'est dans la *Gazette* que Morvan a publié ses mémoires.

Rhumatisme articulaire chronique déformant, avec atrophie musculaire considérable ayant débuté vers l'âge de 8 ans, par A. Weil (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, 1890, n° 1, p. 16). — Jeune fille de 17 ans, prise de douleurs articulaires avec gonflement des grandes jointures pendant 3 à 4 mois. Plus tard, atteintes répétées des grandes et petites jointures, puis ankylose, atrophie et contractures. En même temps, troubles oculaires aboutissant à une exophthalmie intense et persistante. Actuellement, caractères infantiles, parait âgée de 7 à 8 ans, non réglée ; les membres sont très atrophiés et diversement contracturés, les extrémités offrant les types d'attitude vicieuse de Charcot. Arrêt de développement du maxillaire inférieur, qui avec l'exophthalmie donne au facies une apparence étrange. Pas de douleurs, ni de goitre, ni de cardiopathie. Dans un autre cas de rhumatisme noueux chez un enfant, l'auteur a noté le même arrêt de développement du maxillaire inférieur. S'agit-il d'une simple coïncidence?

Nouvelle observation d'idiotie myxœdémateuse (Cachexie pachydermique), par Bourneville (*Arch. de Neurol.*, mars 1890, p. 217). — C'est la 26e observation que rapporte l'auteur de l'intéressante affection qu'il a décrite. Il s'agit d'un garçon de 25 ans. Père tuberculeux, oncle maternel paralysé, aliéné et sujet probablement à des accès d'épilepsie. Frère et sœur morts tuberculeux. Sœur strabique à la suite de convulsions de l'enfance, morte tuberculeuse. Le malade a marché à 18 mois. A partir de 3 ans, arrêt de développement. Bouffissure et épaississement. Lésions scrofuleuses et rachitiques, *absence de la glande thyroïde*, signes classiques de l'idiotie myxœdémateuse : pseudo-lipomes, persistance de la fontanelle antérieure, hernie ombilicale, eczéma, arrêt de développement physique et intellectuel.

Les troubles oculaires dans le tabes dorsal, et la théorie du tabes, par E. Berger (*Rev. de méd.*, 10 mars 1890, p. 212). — Etude intéressante sur différents points du tabes, et en particulier sur les troubles oculaires, dont l'auteur déduit une théorie originale du tabes. On sait qu'on a fait de cette affection, successivement une maladie d'origine spinale, puis cérébrale, et enfin névritique. M. Berger se base sur ses observations et sur un certain nombre d'expériences pour lui supposer une origine bulbaire. Mais avant que de dégager ces conclusions, il est conduit à un certain nombre de remarques importantes. Sur 109 cas de tabes, il en est 42 chez des syphilitiques ; toutes les fois que le tabes s'est manifesté pour la première fois dans la jeunesse et dans la vieil

Digitized by Google

lésions bacillaires concomitantes ne permettaient pas une néphrectomie. Je fis sur le bord convexe une longue incision de six centimètres, et je pénétrai ainsi jusqu'au bassinet. L'hémorrhagie fut peu marquée, beaucoup moins que dans l'observation précédente. Je ne trouvai aucun foyer purulent ni dans le rein, ni dans le bassinet; mais sur la tranche de section je vis et je fis voir par mes assistants, Delagénière, Albarran, Janet, de gros noyaux jaunes, ou blanc jaunâtre, résistants, sans trace de suppuration, présentant tous les caractères de la tuberculose. Malheureusement ces foyers étaient multiples et disséminés, et on ne pouvait songer à un évidement de l'organe. D'autre part, laisser le rein ouvert était établir une porte à l'infection ou à l'établissement d'une fistule. Je fis la suture des deux valves du rein, je passai cinq points de catgut numéro 4 en pleine substance rénale saine ou tuberculeuse et je fermai exactement l'incision du parenchyme. Je grattai la poche périrénale, je la bourrai de gaze iodoformée et tout le reste de la plaie des parties molles fut exactement suturé. Toute la plaie, sauf le point drainé, se réunit par première intention.

Je dirai pour ce qui nous concerne ici que le foyer gratté suppura, mais qu'il ne sortit jamais une goutte d'urine par la plaie; la direction vers le foyer sous-rénal du trajet nous permet d'affirmer que la plaie elle-même du rein ne parut subir aucune influence néfaste de sa structure tuberculeuse.

Ma troisième observation a été publiée à la Société de chirurgie, et mon collègue et excellent ami Brun a fait à ce sujet un remarquable rapport.

Il s'agissait d'un malade atteint d'une fistule rénale urinaire et aseptique consécutive à une néphrotomie (*Sem. méd.* Tuffier). Me basant sur mes expériences, je fis après libération du rein l'avivement intra-rénal de la fistule, avivement qui porta sur le parenchyme de l'organe. Le rein fut suturé et le malade guérit radicalement. Ces trois exemples prouvent que la chirurgie peut bénéficier des résultats que l'expérimentation m'a donnés. L'incision du rein sur son bord convexe est la voie la moins périlleuse pour arriver sur le bassinet dans les cas où le parenchyme est normal. Cette incision doit être faite franchement au bistouri. Elle s'accompagne d'une hémorrhagie dont la compression et la suture exacte des deux valves de la plaie du rein permettent de se rendre maître. L'asepsie rend facile la réunion par première intention et met ainsi à l'abri des fistules consécutives.

Tuffier.

TRAVAUX ORIGINAUX

De la chorée fibrillaire, par le Dr Morvan, de Lannilis.

(*Fin*)

IV

Avant de finir, revenons sur un épiphénomène, l'hyperidrose, que nous avons rencontré chez le sujet de notre première observation.

Tant que le mal s'est arrêté aux membres inférieurs, il n'y a pas eu de sueur anormale. Mais le phénomène s'est produit quand le tronc a été envahi; tout le corps était alors en sueur.

A ce propos, je veux rappeler ce qui se passe également dans la paréso-analgésie. Dans cette affection, l'analgésie, qui d'ordinaire se limite au membre supérieur, peut envahir le cou et la face et même le membre inférieur, pourvu que le tronc soit hors de cause, sans qu'il y ait exagération dans la transpiration; mais qu'elle s'étende au tronc, et aussitôt l'hyperidrose survient. Nous l'avons constatée deux fois en pareille circonstance, et le fait nous avait assez frappé pour que, dans notre deuxième mémoire sur la paréso-analgésie, nous ayons pris soin de le faire ressortir.

Peu de temps après, le Dr Hanot publiait dans les *Archives de médecine* (1887) un cas de paréso-analgésie qui, sous ce rapport, était le pendant des nôtres. Chez son malade, l'analgésie occupait tout le côté gauche du corps, *tronc compris*. Or « dès qu'il peinait un peu trop, le bras gauche et la moitié correspondante du thorax étaient trempés de sueur, alors que le côté droit restait sec ».

Dans cette même année, le Dr Colleville, de Reims, publiait dans la *Gazette hebdomadaire* un autre cas de paréso-analgésie occupant les deux côtés du corps, mais plus accentuée à droite où l'insensibilité remontait jusqu'au sommet de la tête. « Analgésie complète sur toute l'étendue de la paroi thoracique antérieure et postérieure. »

Ici encore on constate « une tendance aux sueurs spontanées sur la moitié droite de la figure, mais rien de semblable sur les bras et la poitrine ». Il y aurait donc là une exception à ce que nous avons vu, l'hyperidrose se limitant à l'une des régions analgésiées.

Depuis lors, l'hyperidrose a été signalée dans la syringomyélie, cette proche parente à tant d'égards de la paréso-analgésie, mais toujours à la condition que le tronc fût envahi. Elle est notée dans deux des observations de Bernardt.

Rhot ne paraît pas l'avoir constatée personnellement, du moins il n'en est pas question; mais à l'article qu'il consacre à la symptomatologie on trouve le passage suivant : « Les sueurs sont souvent augmentées dans la sphère de l'anesthésie — et parfois à un degré considérable; elles sont surtout notamment augmentées dans la forme hémianesthésique. »

Donc il y a hyperidrose dans la paréso-analgésie et la syringomyélie, comme dans la chorée fibrillaire, mais avec cette différence toutefois que dans la dernière maladie les sueurs sont généralisées, étendues à tout le corps, et que dans les deux premières elles sont localisées, restreintes aux seules parties analgésiées; avec cette différence encore que dans la chorée fibrillaire la sudation est spontanée, et que dans les deux autres, elle demande à être provoquée par un effort quelconque, comme celui de manger, de marcher.

Ne semble-t-il pas paradoxal de rencontrer le même symptôme — l'hyperidrose — en des affections de nature si opposée, l'une ayant une action excitante, convulsivante, et les autres, déprimante, paralysante?

Essayons d'en trouver l'explication.

Nous devons aux récentes données de la physiologie de savoir que l'origine des nerfs sudoraux est placée dans la moelle entre les premières paires dorsales et les 3 et 4 premières lombaires. D'autre part, ne perdons pas de vue que l'hyperidrose n'existe dans la chorée fibrillaire, comme dans la paréso-analgésie et la syringomyélie, que lorsque ces affections, dans leur marche ascendante ou descendante, arrivent à occuper la région dorsale de la moelle.

Ce premier point établi, on s'étonnera moins de voir des affections siégeant toutes dans cette région, au point d'origine des nerfs sudoraux, avoir de l'action sur ces derniers. Mais on se demandera toujours comment il se fait que des affections de nature si opposée aboutissent au même résultat, à l'hyperidrose, et forcément on sera conduit à admettre que chacune agit à sa manière et de façon différente.

On ne voit pas trop comment sortir de la difficulté sans revenir aux idées de Vulpian sur l'existence d'un double

Digitized by Google

système de nerfs sudoraux. Ce retour en arrière, nous ne sommes pas les seuls à y avoir songé. Nous lisons, en effet, dans l'article *Grand Sympathique* du *Dictionnaire encyclopédique*, de François Franck :

« La section du sympathique cervical est suivie de sudation dans la moitié correspondante de la face et du cou... La sudation est le résultat indirect de l'excès de vascularisation et de l'augmentation de la température de la peau, *si toutefois l'hypothèse des nerfs fréno-sudoraux, émise par Vulpian, doit être abandonnée, comme l'a pensé son auteur.* »

C'est un regret, et on sent que François Franck irait volontiers de l'hypothèse à l'affirmation.

Nous trouvons dans nos observations un nouvel argument en faveur de l'hypothèse. Qu'une affection convulsivante comme la chorée fibrillaire ait de l'action sur les excito-sudoraux, qu'elle en exalte les propriétés et détermine de l'hyperidrose, rien de plus naturel. Mais se peut-il qu'il n'en soit pas autrement de la paréso-analgésie, de la syringomyélie, qui ont une action paralysante, et qui, au lieu d'augmenter l'activité des excito-sudoraux, devraient la diminuer?

Comment, en pareil cas, comprendre la production de la sueur sans admettre l'existence des nerfs fréno-sudoraux?

Avec cette hypothèse tout s'explique : les nerfs fréno-sudoraux étant parésiés, l'action des excito-sudoraux devient prépondérante.

C'est par suite d'un raisonnement semblable que, dans une expérience toute récente, Arloing conclut aussi à l'existence des nerfs fréno-sécrétoires pour les glandes du mufle chez le bœuf. L'expérience consiste dans la section du cordon cervical du sympathique. Le point essentiel est que 40 jours après la section, si on vient à pratiquer une injection de pilocarpine, on voit se produire les effets ordinaires de cette injonction non seulement du côté où le nerf est intact, mais aussi, quoique un peu plus tard, sur le côté lésé, et même les effets ne tardent pas à être plus marqués de ce dernier côté.

Et Arloing conclut qu'on ne peut expliquer le fait que par la suppression des filets frénateurs.

L'expérience d'Arloing rappelle une autre expérience bien connue, celle de Vulpian, où, le sciatique d'un chat étant coupé, on provoque une sudation abondante sur le membre lésé avec la pilocarpine.

Eh bien! Déjerine, dans le cas de syringomyélie qu'il a communiqué à la Société médicale des hôpitaux (séance du 22 février 1889), a fait une expérience qui est l'analogue de celles d'Arloing et de Vulpian. Une injection de pilocarpine a produit une sudation beaucoup plus abondante sur les parties correspondant aux points analgésiés que sur les autres points du corps. Notons que chez son malade, comme toujours en pareil cas, la syringomyélie occupait le tronc ; l'anesthésie descendait sur le haut de la poitrine jusqu'aux mamelons.

Ici ce n'est pas la section, c'est la paralysie qui a supprimé l'action des nerfs frénateurs.

Nous croyons avoir démontré par la voie clinique l'existence des nerfs fréno-sudoraux. Est-il possible maintenant de fixer leur point d'origine dans la moelle dont ils relèvent?

La paréso-analgésie, quand elle est complète, comprend deux groupes de symptômes, se localisant différemment, la parésie avec atrophie qui se rattache à la corne antérieure du myélaxe et les diverses anesthésies qui se rattachent à la corne postérieure.

L'une des deux observations de paréso-analgésie où nous avons noté de l'hyperidrose, celle de Kerlosquet (Obs. I), est dans ce cas; il y a à la fois parésie et analgésie, et dès lors on ne sait où placer l'origine des nerfs fréno-sudoraux, dans la corne antérieure ou dans la corne postérieure de la substance grise.

Mais lorsque la parésie n'existe pas, que tout se borne à l'analgesie, et qu'il y a sudation, il n'y a pas d'hésitation possible, et l'on est conduit forcément à placer les nerfs freno-sudoraux dans le voisinage des nerfs sensitifs, c'est-à-dire, dans la corne postérieure. Or, c'était le cas de notre Obs. XIII de paréso-analgésie.

L'observation publiée par le professeur Grasset, dans son remarquable travail sur un *syndrome bulbo-médullaire constitué par l'hémianesthésie, l'analgésie et les troubles sudoraux ou vaso-moteurs*, est aussi un fait des plus probants à l'appui de la thèse que je soutiens.

Dans ce cas, par une exception unique, la parésie et l'analgésie ne se trouvent pas du même côté ; la parésie est à gauche, et l'analgésie à droite ; or, c'est à droite que sont les troubles sudoraux.

Poursuivons. Après avoir démontré l'existence des nerfs fréno-sudoraux et rattaché leur origine à la corne postérieure, il ne nous reste plus qu'à déterminer leur point d'émergence. Les excito-sudoraux sortent de la moelle par les racines antérieures : tous les physiologistes sont d'accord à ce sujet. Mais les fréno-sudoraux ayant une origine différente ne sauraient avoir la même porte de sortie. Emanant des centres logés dans la corne postérieure, ils doivent sortir par les racines postérieures qui sont les ramifications de cette corne.

Je sais que Stricker a aussi essayé de faire passer les vaso-dilatateurs par les racines postérieures et qu'il a été généralement combattu.

Ma conception a-t-elle plus de fondement que la sienne ? Et la clinique qui a déjà beaucoup fait pour la localisation des diverses espèces de sensibilités dans la moelle, est-elle appelée à faire faire un pas de plus à la physiologie en fixant le lieu de passage des fréno-sudoraux dont elle me semble avoir prouvé l'existence ?

Voici deux expériences qui répondent affirmativement à la question.

1re expérience. — Cheval de vingt et quelques années, très maigre, bien portant d'ailleurs. 40 grammes de chloral en solution dans un litre d'eau sont administrés par la bouche. L'anesthésie n'arrivant pas de la sorte assez vite à notre gré, on a recours, pour en finir, à 75 grammes de chloroforme en inspiration. Le canal vertébral est ouvert par la gouge et le maillet depuis l'avant-dernière vertèbre dorsale jusqu'à la 4e lombaire, de manière à découvrir la moelle dans toute cette étendue. La dure-mère étant fendue du haut en bas, on voit à nu les radicules qui composent les racines supérieures et on les coupe Puis une injection de 0,05 de chlorhydrate de pilocarpine est faite, moitié à l'épaule et moitié à la tête (côté gauche).

La nuit était venue dans l'intervalle (car nous avions perdu plus de temps que nous n'avions prévu à insensibiliser l'animal, à lui ouvrir le rachis), et avec la nuit la fraicheur; nous étions au 14 décembre de l'an passé.

Pour le garantir du froid, nous avions eu soin de le couvrir d'une couche de paille. Deux heures après l'injection de la pilocarpine, toute la croupe, les flancs et le haut des cuisses (faces externe et interne) sont en sueur, mouillant la main qui les touche, tandis que les parties du corps situées en avant de la fenêtre vertébrale sont absolument sèches.

Cette expérience est pour les nerfs sudoraux ce que l'expérience d'Arloing est pour les nerfs secrétoires des glandes du mufle chez le bœuf. La dose de pilocarpine, par la température abaissée que nous avions, était insuffisante pour déterminer la sudation sur les points dont les nerfs étaient intacts, tandis que les nerfs frénateurs étant détruits et par suite l'équilibre rompu au profit des excito-sudoraux, elle suffisait à provoquer une sueur abondante dans le train de derrière.

Elle prouvait donc l'existence des nerfs fréno-sudoraux. Elle aurait prouvé aussi le passage de ces filets dans les racines supérieures, si malheureusement, surpris par un commencement d'obscurité, nous n'avions pas également plus ou moins intéressé les racines inférieures.

Digitized by Google

C'était, à cause de cela, une expérience défectueuse, une expérience à reprendre; c'est ce que nous fîmes le 31 décembre dernier.

2e *expérience*. — Cheval vieux de plus de vingt ans, taille moyenne, maigre, bien portant d'ailleurs. 40 grammes de chloral en solution dans un litre d'eau, administrés par la bouche.

La résolution anesthésique se faisant attendre, on donne en inspiration 75 grammes de chloroforme. Le canal vertébral est ouvert dans la même étendue que la première fois, mais du côté gauche seulement. La dure-mère mise à nu est fendue dans toute sa longueur, et nous voyons très distinctement les radicules qui émergent de la moelle et qui viennent se réunir pour constituer les racines supérieures. Un jour clair nous permet cette fois de couper sur la sonde cannelée les radicules du dernier nerf dorsal et des 3 premiers lombaires et de n'intéresser qu'elles. Les origines des racines inférieures de ces nerfs sont respectées à coup sûr.

Une injection de 0,05 de pilocarpine est faite à l'épaule gauche. Comme la soirée s'avançait et qu'il glaçait, tout le corps de la bête fut couvert d'une épaisse couche de paille. Deux heures ensuite, le flanc gauche et le haut de la cuisse correspondante, à sa face externe, sont en sueur.

Les poils longs, touffus, sont mouillés très manifestement et mouillent la main qui les touche et qui en reste gluante.

L'entre-deux des cuisses et leur face interne dans la partie dépourvue de poil sont également moites de sueur. La face interne de la cuisse droite est aussi humide que celle de la cuisse gauche. Cela tient évidemment à la situation des membres qui sont superposés et se touchent, l'animal étant abattu sur le flanc droit.

Tout le reste du corps est sec. Rien en avant de la fenêtre vertébrale, rien ni sur la face externe de la cuisse droite ni sur le flanc correspondant.

Ici plus de doute possible, le passage des nerfs fréno-sudoraux a lieu par les racines supérieures.

La sudation moins copieuse que la première fois devait tenir à la température. Nous opérions en plein air et nous avons déjà dit qu'il glaçait dur. Or on sait que la chaleur vient puissamment en aide aux moyens propres à déterminer la sueur.

Nous nous demandions cependant si, le dernier cheval étant plus grand que le premier, la dose de pilocarpine était en rapport avec sa taille, et à 7 heures, c'est-à-dire trois heures après, nous nous décidons à faire une nouvelle injection de 0,05 à la tête, dans le masséter. Les sueurs ne furent pas sensiblement augmentées, mais il survint de la salivation, le cheval rendait une bave spumeuse.

Je ne terminerai pas sans remercier mon ami Bergot, vétérinaire distingué, du concours qu'il a bien voulu me prêter dans ces deux expériences.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Névrite malarique et neuro-retinite (Malarial neuritis and neuro-retinitis), par N. C. Macnamara (*British Medical Journal*, 8 mars 1890, p. 540). — Dans 4 observations de fièvre intermittente, les auteurs ont noté des troubles de la vision, et constaté à l'ophthalmoscope un engorgement des vaisseaux de la rétine. Il ne s'agissait, du reste, ni de syphilis, ni d'albuminurie; aussi pensent-ils que cette névrite qui céda au traitement quinique est sous la dépendance de la malaria. Les hématozoaires palustres engendreraient des ptomaïnes, qui irriteraient les tissus, engorgeraient les vaisseaux, et provoqueraient dans la papille et la rétine les troubles qu'ils ont observés.

Note sur un cas de méningite cérébro-spinale avec diminution remarquable du nombre des respirations, par J. F. Erdmann (*The New York Medical Journal*, 25 janvier 1890, p. 98). — Malade âgé de 25 ans, présentant des douleurs céphaliques et cervicales avec rigidité des muscles de la nuque. La température était de 39°. Spasmes cloniques des membres inférieurs. Le nombre de respirations, qui était de 17 au début, tomba successivement à 9, 7, 4 et même 3. Ultérieurement le malade guérit.

Histoire d'une hystérique hynoptisable traitée et guérie par la métallothérapie, par P. Ducloux (*Montpellier médical*, 1er avril 1890, p. 293). — Histoire minutieusement décrite d'une hystérique qui, malgré l'avis contraire de l'auteur, rentre très normalement dans le cadre des formes décrites à la Salpêtrière. Nous avons, du reste, publié ici même l'exposé des attaques à forme somnambulique, dont le travail de M. Ducloux offre un nouvel exemple. Un fait intéressant de cette observation consiste en ce que la muqueuse stomacale jouait chez chez la malade le rôle d'une zone hystérogène. Il est à noter aussi que les manœuvres d'hypnotisme provoquaient des crises et non du sommeil; aussi la suggestion thérapeutique ou autre était-elle sans effet. L'auteur pense que son sujet fait exception encore à ce point de vue à la règle de Charcot, car il n'a pu obtenir les trois états de la Salpêtrière par l'hypnotisation : il n'y a là rien que de normal cependant, car ce n'est pas l'hypnose, mais bien des crises à forme léthargique, qui ont été provoquées. En réalité, il s'est agi d'un cas d'hystérie tout à fait analogue à ceux que nous avons cités dans le travail auquel nous faisons allusion, cas qui, loin d'être « une exception à la règle de la Salpêtrière », confirme de tous points la description et l'interprétation de M. Charcot. (Voir *Gazette hebd.* 1890, n° 12, p. 134.)

Embolie cérébrale avec sclérose secondaire du cordon gauche de la moelle, par Jamsin (*Archives médicales belges*, mars 1890, p. 152). — Un soldat de 32 ans est pris d'une perte de connaissance de peu de durée, à la suite de laquelle il garde une paralysie du côté gauche, sauf la face, « animée par moments de secousses convulsives, » et une anesthésie complète (avec perte du sens musculaire) sensitive et sensorielle du même côté. Ultérieurement la motilité revient en partie, mais l'hémianesthésie persiste : puis il survient du tremblement des membres, et de la contracture à l'occasion des mouvements volontaires. Le diagnostic clinique (il n'y a pas eu d'autopsie) est discuté avec soin ; toutefois l'auteur n'a pas songé à l'hystérie. Or, il nous semble bien que cette hémiplégie avec spasme de la face et hémianesthésie complète, est un exemple typique d'hystérie mâle.

CHIRURGIE

Fracture des deux fémurs chez un enfant né en présentation du siège, par S. Rémy (*Revue méd. de l'Est*, 15 mars 1890, t. XXII, p. 171). — Les fractures traumatiques du nouveau-né sont presque toujours le résultat des manœuvres de l'accouchement artificiel. Mais dans le cas actuel elles ont été produites par les seules forces de la nature, dans des conditions spéciales, il est vrai, car il s'agit d'une présentation du siège (mode des fesses) chez un fœtus à terme dont les membres inférieurs (atteints de pied-bot) étaient en position vicieuse assez fixe par suite d'une raideur anormale des hanches et des genoux. Cette pseudo-ankylose a évidemment empêché les membres de s'accommoder pour le passage et doit être invoquée dans l'étiologie des fractures, qui se sont d'ailleurs bien consolidées. Des raideurs analogues sont signalées par Horwitz, Lefour, Ollivier.

Ostéotomie pour cal vicieux du fémur (Operation for badly united fracture of femur fifteen months previously), par Collings et Oxon (*Lancet*, 5 avril 1890, t. I, p. 745). — La fracture, vieille de 15 mois, siégeait à peu près à la jonction du 1/3 supérieur et du 1/3 moyen; elle fut assez mal traitée, et le malade se présenta infirme, avec un cal à angle droit. L'ostéotomie, suivie d'extension continue, a donné un bon résultat.

Traitement chirurgical de la péritonite (The surgical treatment of local and general peritonitis), par W. Gill Wylie (*Med. Record*, New-York, 15 février 1890, t. XXXVII, n° 7, p. 170). — Wylie est partisan convaincu de l'incision franche toutes les fois qu'il y a dans le péritoine du pus, collecté ou non. Il rapporte cinq observations heureuses, toutes cinq pour des perforations du cæcum ou de l'appendice. Trois fois il y avait simple péritonite péri-cæcale, ouverte par incision latérale. Deux fois (dont une par rupture d'une poche

Digitized by Google