

tant ordinairement les mêmes segments des membres que les concrétions.

*Hypodermo-tubercules aiguës séro-fibrineuses.* — M. Millan. — Deux cas d'œdème infectieux du tissu cellulaire sous-cutané de nature tuberculeuse. Dans le premier, à la suite d'un coup de couteau ayant intéressé le dos de la main, apparaît un œdème considérable, mou, que la ponction montra constitué par un liquide séro-fibrineux qui tuberculisa le cobaye. Il s'agit là d'une hypodermo-tuberculose aiguë sérofibrineuse primitive, pour employer une dénomination qui montre ses analogies avec la p. euro-tuberculose aiguë sérofibrineuse primitive.

L'autre cas d'œdème tuberculeux se montra à la suite d'un anthrax à staphylocoques; cet œdème était constitué par un liquide, d'abord sérofibrineux et lymphocytaire, puis hémorragique, qui tuberculisa le cobaye. En même temps que cette poussée d'hypodermo-tuberculose aiguë sérofibrineuse secondaire, apparut une poussée de tuberculose ganglionnaire cervicale aiguë. Ces lésions sous-cutanées guérirent.

M. Barbier a signalé dans la méningite tuberculeuse, en même temps que la granulie, une méningite séro-fibrineuse. Cette méningite séro-fibrineuse peut prédominer même sur les manifestations granuleuses et même peut s'améliorer passagèrement en laissant comme séquelle des méningites chroniques avec plaques laiteuses. A ce titre, les réactions méningées se rapprochent des réactions sous-cutanées.

*Décalcification digestive.* — M. Loeper. — Dans l'entérite muco-membraneuse et dans l'hyperchlorhydrie, il se produit une déperdition calcaire considérable par la voie intestinale. Il est indiqué, comme le recommande le Pr Albert Robin, d'instituer un traitement recalcifiant par l'hygiène et la médication, car cette déperdition calcaire peut, à plus ou moins grande échéance, favoriser le développement de la bacillose.

*Rareté des séquelles chez les sujets guéris de méningite cérébro-spinale après un traitement sérothérapique suffisamment prolongé.* — M. Netter insiste sur la rareté des séquelles motrices et psychiques à la suite de la méningite cérébro-spinale, lorsque le traitement sérothérapique est suffisamment prolongé. Cet auteur a revu 65 malades sur 74 sujets traités. Dans 70 p.c. des cas, il ne persiste aucun trouble; dans 6 cas, on trouve des séquelles somatiques; trois surdités complètes, une incomplète, une diminution de la vue et une paralysie spasmodique.

Les nourrissons qui ont présenté des méningites se sont bien développés dans la suite.

Les séquelles affectives sont souvent passagères et sans importance quand elles apparaissent; elles se bor-

nent, dans les 28 p.c. des cas, à des modifications du caractère.

*Scléroses polyviscérales.* — MM. Le Play et Sézary. — Un malade angio-scléreux présente successivement les syndromes d'insuffisance cardio-rénale, puis d'insuffisance hépatique (cirrhose de Laennec) et enfin d'insuffisance surrénale (maladie d'Addison). Ce cas est intéressant par le diagnostic différentiel posé avec la cirrhose pigmentaire, par le diagnostic de la nature scléreuse et non caséuse de la lésion surrénale (grâce à l'apparition simultanée et non successive de la mélanodermie et de l'amyotrophie diffuse) par l'expression clinique enfin, nettement addisonienne, de cette surrénalité scléreuse. Les scléroses polyviscérales constatées à l'autopsie paraissent relever de l'alcoolisme, qui aurait frappé en même temps les vaisseaux, les reins, le foie et les surrénales.

*Appendicite traumatique.* — M. Picqué considère qu'il faut envisager le problème à l'aide d'éléments scientifiques. Y a-t-il une appendicite traumatique? Elle est admise d'une façon courante en Allemagne. Seuls, en France, MM. Guinard et Moty l'admettent: le premier de ces auteurs limite les cas, il ne retient que les observations où l'appendice est sain lors du traumatisme: mais alors, sur quels signes peut-on se baser pour établir l'intégrité de l'organe? les preuves cliniques manquent. On ne connaît guère, après la discussion qui a fait l'objet des séances précédentes, qu'un seul cas d'hématome appendiculaire et le cas de M. Delorme avec rupture de l'appendice; ce sont les seuls faits anatomopathologiques qui, pour M. Picqué, ne sont pas suffisants. Pour ce chirurgien, il faut surtout considérer qu'il y a nombre de sujets présentant des lésions d'"*appendicite silencieuse*", n'ayant jamais donné de crises: les symptômes sont particuliers à chaque sujet: chez les uns, ils simulent plus ou moins une affection gastrique, des troubles nerveux mal définis; chez les autres, une affection rénale, et ces malades guérissent à la suite de l'appendicectomie. M. Picqué a même observé un malade présentant des troubles hypocondriaques soigné dans un asile; il existait une lésion appendiculaire. L'intervention fut pratiquée et le malade fut très amélioré: c'est ainsi qu'autrefois, alors que l'appendicite était méconnue, on croyait à l'ovarite: aujourd'hui, la gynécologie est dépossédée d'une série d'affections. De même, chez une malade, on fait le diagnostic de lithiase rénale typique; on opère: on trouve une appendicite: celle-ci avait évolué avec peu de symptômes.

En résumé, si on admet l'appendicite silencieuse, que devient l'appendicite traumatique? Il est difficile de démontrer l'existence de cette dernière, puisque les lésions spéciales au traumatisme appendiculaire sont à peu près inconnues: on doit, semble-t-il, substituer au traumatisme unique les petits traumatismes qui arrivent à créer des lésions. *Appendicite et traumatisme ont*