

L'ouïe de l'oreille malade est seulement diminuée ; pas de troubles d'équilibre, ce qui permet d'éliminer les lésions de l'oreille interne. L'auteur observa la malade pendant huit jours : l'écoulement pendant ce temps allait en diminuant, et tantôt dépassait 1 litre par jour, tantôt ne se réduisait qu'à quelques centimètres cubes, puis quelques gouttes. L'analyse chimique et histologique montra qu'il s'agissait de liquide céphalo-rachidien. Le spéculum auriculaire permit de voir que le liquide s'écoulait de la paroi supérieure du conduit auditif auprès de la courte apophyse du marteau. Il s'agissait d'une fissure de la base du crâne entre les fosses occipitales moyenne et postérieure. Aucun trouble nerveux ne fut noté. Une semaine plus tard, l'auteur revit la malade complètement guérie : écoulement tari, ouïe très améliorée, parois du conduit auditif normales.

* *

Infection bronchique post-opératoire.—Nous avons tous vu ces cas d'infection bronchique plus au moins graves apparus à la suite d'administration du chloroforme, de l'éther. Y a-t-il possibilité de les prévenir ? C'est l'opinion de Ott, dont il nous fait part dans le Munch. Med. Wochensch, en l'établissant sur des faits plutôt probants. Depuis 1900 l'on n'a eu aucun cas de pneumonie post-éther à l'institut Gynecologique d'Osnabruck. Quant aux moyens de prévenir ces complications, ils consistaient en désinfection pré-opératoire de la bouche et du naso-pharynx. Dès la veille et le jour même de l'anesthésie on faisait rincer la bouche et vaporiser le nez avec des solutions thymo-salicylées, dont on faisait même après des vaporisations.

* *

Pieds-bots.—Que la chirurgie soit puissante et vraiment curative contre le pied-bot congénital, voilà qui ne fait de doute pour personne. Le redressement à la Lorenz, la tenotomie, l'opération de Phelps et la tarsectomie sont des moyens dont les merveilleux résultats sont connus de tous.

Quant au pied-bot consécutif à la poliomyélite aiguë, à la "paralysie infantile", il est plus rebelle à l'art chirurgical. Ces déformations sont à la fois plus étendues, plus complexes et plus réfractaires que les déformations congénitales par contractures. Il est de ces déformations de tout un membre, par exemple, contre lesquelles nous pouvons si peu. Mais pour un grand nombre d'entre elles, pour ces pieds "ballants" nous pouvons beaucoup. Ce que notre expérience nous a maintes fois démontré, les discussions au récent congrès de chirurgie française viennent de le confirmer encore. Des chirurgiens comme

Broca et Redard, de Paris, Delageuère, de Mans et Frolich de Nancy, Hoffa, Vulpinus, et Lange, d'Allemagne, Jones, de Liverpool, Wilhelms, de Gand... ont rapporté chacun les résultats de leur expérience s'appuyant sur des centaines d'opérations. Contre ces lésions paralytiques nous avons à notre choix, tour à tour l'arthrodèse et les transplantations tendineuses. Ces dernières consistent dans le greffage de tendons périphériques de muscles paralysés, soit sur des muscles sains de voisinage, soit sur le périoste à distance. Les résultats, encourageants à la vérité nous doivent pousser à tenter la correction de ces difformités si pénibles tant pour les parents que pour les petits infirmes eux-mêmes.

Anatomie et Physiologie de l'Estomac

La radiographie n'est pas seulement utile au chirurgien, elle l'est aussi à l'anatomiste et au physiologiste. Ainsi dernièrement Tuffier, dont les travaux d'expérimentation ont porté sur toute une gamme variée de questions diverses, vient d'étudier quelques estomacs à l'aide des Rayons Röntgen. Les travaux de Rieder, Holzknicht, Inapp et la thèse récente de Guillon... ont aidé aussi à préciser nos connaissances sur l'anatomie topographique du sac gastrique. Les radiographies de Tuffier mettent en lumière plus d'un point d'anatomie et de physiologie. Pour avoir l'ombre gastrique, il se sert de bismuth, qui, on le sait, arrête les rayons X. Il fait ingérer le médicament soit sous forme d'un lait de bismuth, 500 grammes d'eau, ou encore mieux mêlé aux aliments. La dose de bismuth ainsi donnée doit être assez élevée, 50 grammes, qui peuvent être ingérées sous aucun inconvénient, comme l'a montré Hayem, à la condition que le sel soit chimiquement pur. De nombreux examens qu'a aussi faits Tuffier, se déduisent des conclusions intéressantes.

A.—D'abord les *dimensions réduites* que font constater les examens radiologiques, par rapport aux dimensions données par l'anatomie classique.

B.—Son point *le plus déclivé au niveau du pyllore.*

C.—Son siège *à gauche* de la ligne médiane.

Enriquez, qui vient aussi d'étudier la question par les mêmes procédés, conclut aussi, après plus de cent examens, dont plusieurs chez les mêmes malades, à cette position gauche et quasi verticale de l'estomac, comme la normale.

Quant aux estomacs dilatés, leur position serait aussi à gauche. Mais au lieu de présenter comme à l'état normal la forme d'un *bas*, dont les orteilles correspondraient à l'orifice pylorique, l'estomac prend ici