

plasme cérébral tant que celui-ci n'aura pas provoqué de lésions secondaires, auquel cas l'intervention opératoire serait précisément contre-indiquée. Dans les cas douteux, on devra recourir à la craniotomie exploratrice."

M. P. BRUNO, de Valence, a observé un symptôme dépendant d'une lésion du cervelet, qui jusqu'ici n'a pas été signalé, à sa connaissance du moins; il veut parler d'une hémianopsie homonyme localisée dans le quadrant supérieur de chaque champ visuel et consécutive à un abcès localisé dans l'hémisphère gauche du cervelet, intéressant aussi, sur un millimètre d'épaisseur, la partie correspondante de la paroi du vermis supérieur; ainsi qu'il a pu le constater à l'autopsie. L'hémianopsie s'était développée six mois après les premiers symptômes, qui consistaient en troubles de la déambulation.

On n'est pas encore fixé actuellement sur le processus qui préside à la production de pareils phénomènes. Certains auteurs les considèrent comme de simples troubles secondaires produits par compression. En tenant compte de ce que nous apprennent la physiologie du cervelet et de nombreux faits cliniques, on est forcé d'admettre qu'il est des cas où l'on doit invoquer des rapports de conduction reliant le cervelet à la rétine.

M. PÉAN, de Paris, s'exprime comme suit: "Je crois qu'il est avantageux, pour pratiquer la néphrectomie, dans bon nombre de cas, de faire d'emblée la section transversale de toute la paroi abdominale, depuis la peau jusqu'au péritoine, en ouvrant même ce dernier sur une longueur plus ou moins grande quand cela est utile.

Du bord externe du muscle droit correspondant à la tumeur, à la hauteur de l'ombilic, je fais partir une incision transversale qui se dirige en dehors et se termine au niveau du bord externe de la masse sacro-lombaire. Cette incision intéresse la peau, le tissu cellulaire sous cutané et l'aponévrose superficielle; j'incise ensuite les muscles obliques et transverses ainsi que les aponévroses moyenne et profonde; au besoin, je prolonge un peu l'incision à travers la masse sacro-lombaire. Il devient alors facile, quand la tumeur est de moyen volume, de disséquer le rein, même lorsqu'il existe des adhérences multiples. Si le volume de la tumeur est considérable, il ne faut pas hésiter à ouvrir transversalement le péritoine. C'est alors que le pincement préventif du rein et de son hile, ainsi que le morcellement, nous ont rendu de véritables services.

Cette opération a été pratiquée quatre fois par moi et une fois par mon assistant, M. Delaunay, et le succès a été complet. Chez les cinq malades auxquels nous avons appliqué cette méthode, il nous aurait été beaucoup moins facile de mener l'opération à bonne fin, si nous avions eu recours à l'incision verticale, rétropéritonéale ou transpéritonéale. Non-seulement, en effet, nous avons pu sans