

nant la formation d'un cul de sac ou le suc gastrique s'accumulerait, et par son contact prolongé avec la muqueuse déterminerait l'ulcération de la muqueuse. En réalité, la cause réelle de ces ulcérations est celle de toute ulcère peptique de l'estomac ou du duodénum, habituellement unique elles peuvent être multiples, il en existait quatre dans l'observation rapportée par Steinhil.

Tigel a divisé les symptômes auxquels ils donnent lieu en deux groupes : dans le premier les symptômes n'apparaissent que quand la perforation a lieu et ces symptômes sont ceux de toute perforation intestinale, sur les 31 cas recueillis par Gosset, 8 appartenaient à ce groupe, dans le second groupe les suites opératoires sont normales, puis après un temps variable apparaissent les symptômes de l'ulcération gastrique accompagnés de signes de péritonite adhésive, des adhérences se forment et l'on peut distinguer une masse diffuse à travers la paroi abdominale antérieure. Dans ces cas, l'ulcération s'est faite progressivement, donnant aux adhérences protectrices le temps de se former avant la perforation 20 des cas de Gosset appartiennent à cette classe. Trois fois seulement l'ulcération perforante eut lieu sur un autre point de l'intestin, le colon transverse par exemple.

Le traitement à suivre dans ces cas d'ulcération post-opératoire est celui admis d'une façon générale en matière de chirurgie abdominale, en cas de perforation brusque, la laparotomie immédiate s'impose, l'ulcération doit être fermée par une double rangée de sutures, recouverte si possible d'un morceau d'épiploon, le ventre lavé et drainé. Dans le second cas, quand il y a manifestement des signes de défense péritonéale, il n'y a pas urgence et le meilleur moment pour intervenir est affaire de jugement chirurgical. Si l'on se décide à le faire il faut libérer les adhérences, évacuer l'abcès s'il existe, et l'ulcération doit être fermée, une autre gastro-entérotomie peut être nécessaire.—F. M.

L'ÉPILEPSIE CHEZ L'ENFANT

A la séance du 15 janvier 1907 de la Société de Pédiatrie, de Paris, Mme Nageotte, dans une communication sur l'épilepsie des enfants, fait

remarquer que la perte de connaissance n'est pas un signe constant et n'est donc pas un signe essentiel ; les colères avec mouvements violents, les absences sont souvent les seuls signes par lesquels se révèlent chez l'enfant une épilepsie qui, plus tard, présentera tous les signes classiques. Chez l'enfant, la morsure de la langue et l'incontinence d'urine, surtout diurne, sont plutôt rares.

A la même séance, M. Guinon dit que chez l'enfant l'épilepsie est très fréquente pour qui sait la voir. On la rencontre surtout consécutivement à des maladies infectieuses graves sans hérédité.

M. Comby pense comme M. Marie qu'il n'y a pas d'épilepsie essentielle. On voit souvent sans hérédité nerveuse chez les ascendants des enfants faire de l'épilepsie à la suite de maladies infectieuses, rougeole, scarlatine et surtout coqueluche. Beaucoup de ces enfants guérissent. N'y aurait-il pas là un processus d'encephalite aiguë plus ou moins intense, plus ou moins localisée, plus ou moins diffuse, dépendant de cette maladie infectieuse. Après la coqueluche on peut voir des enfants présenter de l'idiotie ou un syndrome rappelant la sclérose en plaques. L'épilepsie ne serait souvent que le résultat d'une lésion analogue mais peu intense.

UN NOUVEL ANESTHÉSIQUE

A la séance du 21 janvier 1907, de l'Académie des Sciences M. A. Gauthier a communiqué un travail de M. Hanriot sur un nouvel agent d'anesthésie. Ce corps est extrait des graines d'une plante, la Théophrasia vogelli, qui croît sur les côtes orientales de l'Afrique. Ces graines sont employées par les indigènes pour la pêche : jetée dans l'eau d'un lac, elles provoquent une paralysie complète chez les poissons, qui viennent flotter à la surface et peuvent être pris à la main ; d'ailleurs cette anesthésie est toute passagère, car ils reviennent à l'état normal, sans paraître garder aucune trace d'intoxication.