

pagnées d'une périadénite considérable (Andrieu et Calvé), imbibées d'eau mère de Salies-de-Béarn ou de Kreutznach ou de la solution saline de Barbier dans les adénites à évolution subaiguë, ont leur utilité.

L'héliothérapie, c'est-à-dire l'exposition au soleil, a une action favorable connue depuis longtemps.

La photothérapie, c'est-à-dire l'action des rayons actiniques violets et ultra-violet, ne semble pas avoir une influence bien manifeste.

La radiothérapie est efficace dans les adénopathies jeunes, où le tissu lymphoïde abonde, et quand il existe une périadénite accentuée, dans les adénites suppurées à cicatrisation lente et à marche torpide. Elle facilite la transformation fibreuse. Dans les adénites caséuses ou scléreuses elle est inutile.

La ponction et les injections de substances modificatrices sont employées depuis longtemps. La liste de ces substances est très longue. Il faut retenir l'iodoforme et le thymol camphré, trois fois moins toxique que le naphthol camphré; ce dernier a à son actif plusieurs cas de mort. On les emploie pour les gros ganglions ramollis et pour les ganglions suppurés menaçant d'ulcérer la peau; c'est la méthode de choix.

L'extirpation chirurgicale doit être faite quand il y a de nombreux ganglions caséux, des ganglions fistuleux, de grosses masses ganglionnaires; elle est plus indiquée chez l'adulte que chez l'enfant à cause de la durée du traitement par la ponction et les injections modificatrices.

Le traitement local doit donc varier suivant les formes cliniques des adénites. Mais il ne faut pas oublier que la médication locale n'est qu'un adjuvant, que seul le traitement général peut donner une guérison.

Faits Cliniques

A travers les Sociétés Médicales

Bradycardie d'origine nerveuse.—MM. Ménétrier et Brodin. — Une femme de 44 ans se plaint d'une névralgie nas-orbitaire intense avec bradycardie à 30 pulsations à la minute. Une injection de 1 milligramme d'atropine a suffi pour faire disparaître cette bradycardie et les troubles extrasystoliques du rythme cardiaque. Il s'agissait d'une bradycardie d'origine nerveuse.

Colique hépatique avec septicémie coli-bacillaire. — MM. Ménétrier et Brodin. — Une femme, depuis plusieurs années sujette à des coliques hépatiques, fait une nouvelle colique avec fièvre à 40.09. A la suite de cette colique, apparaît un état comateux passager. Une prise

de sang permet d'isoler, en pleine poussée fébrile, le coli-bacille de la circulation sanguine. Cette colique, malgré son allure grave, guérit complètement. Il est intéressant de signaler cette septicémie qui éclaire la cause de fièvre dite "hépatalgique" et qui confirme l'opinion du Pr Chauffard, qui a classé ces accès fébriles dans les fièvres "bilioseptiques".

Chorée aiguë mortelle de l'adulte. — MM. Chavigny et G.-E. Schneider. — Un adulte de 22 ans succombe en deux semaines d'une chorée aiguë d'une intensité extrême.

Cet chorée fut grave par elle-même, le malade étant mort, non des complications, mais d'inanition et d'épuisement nerveux; la conscience persista jusque quelques heures avant le décès; la température demeura normale.

L'autopsie, en dehors des eschâres et lésions de gangrène sèche localisées aux régions où s'exerçaient les frottements contre les draps, ne révéla aucune altération macroscopique des centres nerveux; il existait une légère péricardite sans épanchement et de fines végétations d'endocardite récente.

L'examen histologique décèle: au niveau de la moelle, une épendymite aiguë avec un certain degré de gliose péri-épendymaire; dans le cervelet, de l'hyperplasie névroglique. Les méninges étaient intactes.

Concrétions calcaires sous-cutanées et sclérodémie. — MM. G. Thibierge et R.-J. Weissenbach. — Une malade, âgée de 54 ans, a vu apparaître successivement sur la face palmaire de 9 doigts et de 2 orteils, puis sur la face d'extension des membres, région prérotulienne, région postéro-interne des avant-bras, coude, des concrétions calcaires (carbonate et phosphate de chaux, sans urate), dont la plupart se sont éliminées peu à peu après leur début, avec issue de sérosité claire ou de liquide crémeux. En même temps qu'apparaissaient les premières concrétions, elle commençait à ressentir des attaques de syncope locale des extrémités, prélude d'une sclérodactylie actuellement en voie de progression et d'extension aux segments supérieurs des membres et à la face; cette sclérodémie s'accompagne de téléangiectasies cutanées très remarquables.

D'autres auteurs ont publié des observations analogues, où les concrétions calcaires sous-cutanées coïncidaient avec la sclérodactylie.

Il y a donc lieu de dégager du groupe confus des concrétions cutanées, un type bien individualisé qui, cliniquement, se caractérise de la façon suivante: siège habituel des concrétions au niveau de la pulpe des doigts, parfois des orteils, aux membres avec prédominance du côté de l'extension, plus rarement au tronc; coexistence avec des lésions de sclérodémie débutant en même temps que les concrétions sous la forme d'asphyxie des extrémités et de sclérodactylie, spécialement certaines formes d'atrophie musculaire, toutes ces lésions affec-