

est plus discret; il y a seulement multiplication des noyaux libres névrogliques; les noyaux satellites, interprétés par certains comme des leucocytes prêts à phagocyter les cellules nerveuses, sont aussi des éléments névrogliques. Et si cette gliose existe dans l'écorce, elle se montre à un degré au moins égal dans les ganglions de la base. Le processus morbide serait donc réparti également dans toute l'étendue du cerveau si les foyers d'inflammation exsudative n'étaient pas beaucoup plus nombreux et plus importants dans les ganglions de la base que dans l'écorce. C'est là seulement que les vaisseaux sont entourés de lacunes, de zones nécrosées, d'un exsudat abondant.

Le maximum des lésions est donc situé dans la couche optique et le corps strié, non seulement en ce qui concerne notre cas, mais aussi dans la plupart des autres observations publiées, puisque l'inflammation corticale sur laquelle les auteurs avaient attiré l'attention n'est autre chose que de la gliose.

D'ailleurs, Anton, Nauwerck, Reichardt, Hudowernig, Pianese, notent cette prédominance aux ganglions de la base, et, si elle a échappé à d'autres auteurs, c'est, dans un grand nombre de cas, au moins, parce que l'examen du système nerveux n'a pas été complet; il en a été ainsi notamment pour les observations d'Abrahams, de Turner, de West, de Little, de Reinholdt, de Thomson. Nous nous croyons donc autorisé à penser que le siège principal des lésions choréiques se trouve dans les ganglions de la base; cette opinion est confirmée par le fait que, en ce qui concerne la chorée symptomatique, le siège de la lésion (hémorragie le plus souvent) se trouve toujours à proximité de ces ganglions. On nous opposera la chorée d'Huntington, mais il y a deux éléments dans celle-ci: la chorée et les troubles psychiques. Les altérations corticales relevées chez les Huntingtoniens ne sont-elles pas en relation étiologique avec les anomalies psychiques et n'existent-elles pas dans ce cas des lésions des ganglions de la base pouvant expliquer les phénomènes de chorée? C'est ce qu'on n'a pas considéré jusqu'ici.

Par quel mécanisme les lésions constatées provoquent-elles les mouvements choréiques? Charcot et Raymond ont supposé que les mouvements choréiques étaient dus à la lésion d'un faisceau spécial, situé dans la capsule interne.

Kahler et Pick pensent à l'irritation produite par les lésions de la base sur la grande voie motrice cortico-spinale, la voie pyramidale.

Du thalamus et du corps strié partent des voies sensitives se terminant dans l'écorce. Ces fibres, irritées, transmettraient l'excitation reçue aux centres moteurs corticaux (Monakow).

Bonhoeffer remarque que, dans la chorée symptomatique, où les lésions sont beaucoup plus nettement localisées que dans la chorée de Sydenham, il s'agit souvent de foyers voisins du pédoncule cérébelleux supérieur et du noyau rouge, c'est-à-dire de la voie qui unit le cervelet au thalamus.

Les observations récentes, et surtout celles de Halban et Imfeld, tendent à confirmer cette idée: les mouvements choréiques auraient pour cause l'altération de l'influx nerveux constamment transmis par le cervelet à l'écorce motrice.

Nous laisserons toutefois cette question en suspens, et restant sur le terrain des faits, nous dirons:

1^o La chorée de Sydenham a pour substratum, dans un certain nombre de cas au moins, une inflammation modérée et diffuse de l'axe cérébro-spinal et des méninges; cette inflammation se caractérise par une congestion très marquée accompagnée, par places, de foyers d'exsudation leucocytaire avec oedème, nécrose et hémorragies. La névroglie et le tissu conjonctif prolifèrent. Les cellules nerveuses sont altérées;

2^o Ces lésions sont surtout intenses dans les ganglions de la base; elles le sont beaucoup moins dans l'écorce, le cervelet et les méninges, moins encore dans les ganglions spinaux, très peu dans le bulbe et la moelle.

(in Archives de Médecine des Enfants).

NOTES THERAPEUTIQUES

Dr L. R. FORTIER, Professeur de Thérapeutique, et Dr M. H. L. EBEL, Assistant à l'Hôtel-Dieu.

TRAITEMENT DE L'INFECTION PUERPERALE PAR LES ABCES DE FIXATION.

M. Boissau vient d'attirer à nouveau l'attention sur les abcès de fixation: l'emploi de cette méthode thérapeutique peut être fort utile dans certains cas d'infection puerpérale et donner de bons résultats après échec d'autres médications.

I. *Principe de la méthode.*—La méthode des abcès de fixation est due à Fochier, de Lyon, qui le premier l'a

employée et préconisée en 1892. Se basant sur un fait biologique incontestable, à savoir: la guérison de certaines septicémies à la suite de la production spontanée de supurations localisées, M. Fochier essaya de provoquer artificiellement un abcès dit de fixation, et pour cela il injectait un corps irritant (de l'essence de térébenthine) sous la peau. En agissant ainsi, il pensait fixer les germes microbiens en circulation et localiser la septicémie. Il obtint plusieurs succès en employant les injections sous-cutanées d'essence de térébenthine, dans des cas graves