

# Literarische Rundschau

Objekttyp: **BookReview**

Zeitschrift: **Schweizer Archiv für Tierheilkunde SAT : die Fachzeitschrift für Tierärztinnen und Tierärzte = Archives Suisses de Médecine Vétérinaire ASMV : la revue professionnelle des vétérinaires**

Band (Jahr): **53 (1911)**

Heft 5

PDF erstellt am: **21.07.2024**

## **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

## **Haftungsausschluss**

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

schwein (weiss mit wenig schwarzen Flecken) stammte von einer Sau (Yorkshire-Landrass), die von einem rassenreinen Berkshire Eber belegt wurde. Dieses Mutterschwein wurde nun wieder von einem rassenreinen Berkshire Eber belegt. Dieser Deckakt hatte nach za. 16 Wochen einen Wurf von 16 Ferkel zur Folge und zwar alle buntscheckig, rot, schwarz und weiss. Zwei dieser Ferkel (weiblich) zeigten eine wunderschöne, regelmässige Längsstreifung in den Farben rot und schwarz bei tadellos weisser Hautfarbe. Diese Längsstreifung ging aber nach zirka 10 Wochen verloren.

## Literarische Rundschau.

**Dr. V. Ball et Roquet.** *Spirochètes et affections hémorrhagiques gastro-intestinales du chien.* Journal de Lyon. Mai 1911. p. 257.

Dans un cas de gastro-entérite hémorrhagique chez le chien, Lucet avait trouvé en 1910 dans la partie malade de la muqueuse des quantités de spirochètes à formes longues et à formes courtes, ressemblant au spirochète de la syphilis. Étaient-ils la cause de l'affection gastro-intestinale.

Déjà en 1909 Renaud avait signalé la présence fréquente de spirochètes dans la muqueuse gastro-intestinale normale du chien. Ball et Roquet ont repris cette étude et ont examiné systématiquement le tractus digestif des chiens qu'ils ont autopsié.

Leurs recherches ont confirmé les dires de Renaud. Ces spirochètes se remontent fréquemment dans la muqueuse normale; ou les remontre aussi presque régulièrement mais non toujours au niveau des lésions hémorrhagiques de l'estomac et de l'intestin. Ils admettent donc qu'il n'existe aucun rapport causal entre les spirochètes et les affections hémorrhagiques gastro-intestinales. La présence des spirochètes ne se traduit du reste par aucune altération macroscopique qui puisse la faire soupçonner à l'autopsie. B.

**P. Chaussé.** *Dans les conditions normales le chien guérit sa tuberculose mésentérique occulte expérimentale.* Académie des sciences. Séance du 3 Avril 1911.

Si l'on fait ingérer à un chien des produits naturels ou des cultures très virulentes, il contracte une tuberculose mésentérique.

térique qui reste cachée pendant 6 mois au moins mais les ganglions mésentériques sont virulents. En règle générale, l'organisme du chien résorbe sur place en 180 à 200 jours les bacilles tuberculeux parvenus dans ses ganglions mésentériques. Cette tuberculose digestive occulte ne conduit généralement pas à d'autres localisations dans l'organisme. Il paraît à l'auteur que ces constatations sont applicables à l'homme et que, sans nier la possibilité de l'infection, par la voie digestive, on peut croire qu'elle n'est réalisable qu'en cas de moindre résistance de l'organisme ou par la répétition prolongée des ingestions virulentes.

B.

**Leduc.** *Conséquences tardives du traitement ioduré dans l'actinomycose.* Revue de Pathologie comparée Mars 1911, p. 14.

L'auteur attire l'attention sur une terminaison possible de l'actinomycose linguale. Il eut à soigner deux vaches atteintes d'actinomycose linguale avancée et prescrivit le traitement classique au iodure de potassium à la dose de 10 grammes par jour pendant 20 jours.

Au bout d'un mois les malades pouvaient être considérées comme guéries. L'embonpoint était revenu. Mais la langue qui avait repris son volume normal commença à s'atrophier dans la partie libre. Puis, peu à peu, tout l'organe devint assez rigide, dense et dur. Cette glossite atrophiante nécessita l'abatage des malades.

Il y a lieu d'attirer l'attention des praticiens sur cette terminaison possible pour qu'à l'apparition des premiers symptômes d'atrophie ils puissent conseiller l'abatage des animaux pendant qu'ils jouissent encore d'un certain embonpoint, gain du traitement.

B.

**Dr. V. Ball.** *Lithiase bronchique.* Journal de Lyon. Février 1911, pag. 65.

Chez l'homme on connaît les „pierres“ de l'appareil respiratoire qui ont pour origine le poumon (pneumolithes) ou les bronches (broncholithes). Ces pierres sont de nature cartilagineuse, osseuse ou calcaire.

En médecine vétérinaire la lithiase bronchique n'a pas encore été signalée. Ball en a observé un cas chez un chat âgé de treize ans. A l'autopsie il trouve d'abord un hydro-thorax double, atelectasie partielle des lobes antérieur et moyen du poumon. Le lobe antérieur droit est le siège d'un foyer de broncho-pneu-

monie chronique. Si l'on pratique des coupes dans cette partie, l'instrument s'arrête sur des concrétions pierreuses logées dans les bronches spécialement dans l'une de celles-ci qui renferme une concrétion calcaire d'un blanc verdâtre, de 1 centimètre de longueur sur 4 millimètres de largeur. On isole encore cinq autres concrétions plus petites. L'analyse chimique montre qu'elles sont composées de phosphate et carbonate de chaux.

Dans un autre cas, l'auteur a observé chez un cheval âgé une concrétion calcaire d'un lobe postérieur du poumon; ce pneumolithe mesurait 2 centimètres de long sur 6 millimètres de large. B.

---

**Carougeau.** *Le charbon bacteridien à Madagascar.* Journal de Lyon. Mai 1911. P. 260.

Le charbon sarg de rate paraît devenir de plus en plus fréquent à Madagascar. En réalité cette plus grande fréquence n'est qu'apparente; elle résulte de ce que les épizooties sont plus souvent signalées et mieux reconnues par les vétérinaires. La mortalité générale pour cause de charbon est très variable. Dans certaines régions (Tuléar) elle a été de 50 pour 100 de l'effectif total en bestiaux. Dans d'autres provinces elle est moins forte mais on peut affirmer que, dans l'ensemble du pays, le charbon bacteridien fait perdre des sommes considérables à l'élevage. Il doit donc être l'objet de mesures sanitaires actives.

Parmi celles-ci, la vaccination a donné, à Madagascar, d'excellents résultats. On utilise le vaccin Chauveau en une seule injection généralement à la queue. Carougeau donne le détail des opérations effectuées. Nous renvoyons à son rapport ceux que la question intéresse spécialement. En 1910 plus de 200,000 têtes de bovins ont été inoculés avec d'excellents résultats. Les accidents post opératoires sont rares.

Le charbon bacteridien a été constaté sur quelques autruches bien qu'on ait pensé longtemps que cette espèce, à l'instar des autres oiseaux, était réfractaire à l'infection naturelle. B.

---

**Williams.** *Le traitement chirurgical du cornage chez le cheval par l'extirpation de la muqueuse des ventricules laryngiens.* Recueil d'Alfort 30 Juillet 1911. P. 304.

Le professeur Williams, de l'Université Cornell (Ithaca, Etat de New York) propose une intervention chirurgicale nouvelle qui a en un grand retentissement dans les pays de langue anglaise. Sa méthode opératoire a pour but de remédier aux

suites souvent défavorables de l'opération telle qu'on la pratiquait jusqu'ici, car la cicatrisation du cartilage était souvent défectueuse. Williams s'est attaché à réaliser une intervention en tissu mou, respectant le plus possible le squelette cartilagineux du larynx; il propose l'extirpation du sac ventriculaire, déjà entrevue du reste par Günther.

Le but que se propose Williams est l'accolement de la corde vocale paralysée à la charpente extérieure du larynx et la fixation de l'aryténoïde. Il y parvient par suppression de la muqueuse ventriculaire. Il se produit alors une adhérence cicatricielle des deux parois du ventricule avec fixation externe de la corde vocale et immobilisation de l'aryténoïde dans sa position d'extension.

Voici la technique de l'opération. Le cheval est couché, si possible sur une table d'opération, et placé sur le dos, la tête fortement étendue. On peut pratiquer l'anesthésie ou s'en passer. Comme instruments spéciaux trois paires de longues pinces utérines (humaines) légèrement recourbées, un écarteur à crémaillère, comme le speculum de Simpson ou de Mayo employé pour l'appendicite de l'homme, un bistouri à long manche analogue au bistouri rasoir de Moeller et un tube laryngien simple.

Voici comment Williams décrit l'opération :

Une incision de 12 à 15 centimètres est pratiquée à travers la peau, sur la ligne médiane, en arrière de la base de l'épiglotte. Les muscles sterno-hyo-thyroïdiens sont soigneusement séparés sur la ligne médiane, et la surface antéro-inférieure du larynx est mise à nu. La palpation permet de déterminer le ligament crico-thyroïdien, et, après cessation de toute hémorragie, le bistouri est placé le dos contre le bord supérieur du cricoïde, juste sur la ligne médiane, et ce ligament est ponctionné; l'incision est prolongée en avant vers le thyroïde. Il faut prendre grand soin de pratiquer l'incision sur la ligne médiane, pour éviter de blesser les cordes vocales et l'aryténoïde et, par suite, une hémorragie gênante ou des mutilations inutiles. On opérera plus sûrement en dirigeant la pointe de l'instrument obliquement en arrière, dans la lumière du cricoïde.

L'incision faite, on n'a plus qu'à introduire l'écarteur et à dilater la plaie à sa limite . . .

Il est indispensable d'assurer un bon éclairage du larynx. A défaut d'une salle d'opération convenablement illuminée, on pourra se servir d'une petite lampe électrique; on peut inter-

venir de cette façon dans l'obscurité. Un étanchera soigneusement le sang.

La muqueuse du ventricule est alors saisie avec la longue pince, de préférence au bord aryténoïdien, à 5 millimètres de la corde vocale tendue, et une incision est faite le long de la marge du cartilage aryténoïde, en ayant bien soin de le respecter.

Il peut être plus facile de saisir la muqueuse ventriculaire avec la pince si elle a d'abord été attirée et maintenue au moyen d'un tenaculum à long manche muni d'un crochet très court, comme un crochet de dame. Quand l'incision muqueuse a été étendue à la marge de la corde vocale, une douce traction découvre un pli de la muqueuse du ventricule, là où elle se continue avec la corde elle-même. Ce pli est saisi avec une seconde paire de pinces et l'incision de la muqueuse est étendue le long du bord de la corde vers son point d'attache au thyroïde, pour être, de là, continuée, étroitement autour de l'orifice ventriculaire, vers le commencement de l'incision.

Il faut prendre soin, au bord supérieur du ventricule, de rester exactement en bordure de l'orifice. Autrement, l'éperon de l'épiglotte serait blessé, une portion en serait excisée peut être même un fragment du muscle thyro-arténoïdien antérieur. En apparence, cet éperon épiglottique n'est pas de ce type cartilagineux réfractaire, à la cicatrisation, comme les autres parties du squelette laryngien, et nous n'avons jamais eu d'accident sérieux, quoique nous l'ayons fréquemment blessé.

Cependant, il faut chercher au moins à éviter cette blessure.

Après avoir isolé la muqueuse en complétant l'incision circulaire autour de l'orifice, on maintient une douce traction sur cette muqueuse au moyen de pinces, et avec le bistouri on la sépare soigneusement du tissu aréolaire sous-jacent. Il est important de rappeler ici que le ventricule s'étend obliquement en arrière de la corde vocale et de l'articulation crico-aryténoïdienne; il faut prendre soin de diriger le bistouri en conséquence pour éviter la perforation du sac, ce qui exposerait soit à compliquer l'intervention, soit à oublier un fragment muqueux faisant obstacle à une cicatrisation correcte. On doit avoir le souci constant de limiter l'excision à la muqueuse elle-même, en blessant le moins possible les parties voisines.

Quand la muqueuse ventriculaire a été définitivement libérée et détachée, l'opérateur doit la glisser sur l'extrémité d'un doigt

dans le but de s'assurer qu'elle est complète. Si elle a été perforée, la plaie cavitaire, sera soigneusement explorée pour y rechercher les fragments oubliés. Les bords de la plaies seront libérées des hachures; celle-ci sera étanchées et badigeonnée d'une solution antiseptique. L'opération est alors complète.

Dans le cas d'une double paralysie, il ne reste plus qu'à la répéter du côté opposé. Hobday fait de l'intervention double une règle presque générale.

Il n'est pratiqué aucune suture ni laissé aucun pansement. Le patient replacé en position latérale se réveille. Dès qu'il est suffisamment solide, on peut le remettre sur ses pieds.

Il est cependant nécessaire de le surveiller pendant 24 à 48 heures, notamment après l'opération bilatérale, par crainte de dyspnée qui peut être le résultat de l'oedème secondaire ou de l'emphysème de la plaie. Si celle-ci devient menaçante, il suffit d'introduire le tube laryngien par la plaie existante et de le maintenir en place par une ligature jusqu'à ce que tout danger soit écarté.

Les soins ultérieurs sont des plus simples. La plaie externe est lavée chaque jour avec une solution antiseptique. Pour les premiers jours, il peut être utile de balayer le larynx avec des tampons de gaze solidement maintenus par une longue pince à pansements.

Dès la première journée on peut permettre l'alimentation d'abord rafraîchissante; en deux à quatre jours on revient à la ration habituelle d'écurie.

Les plaies guérissent en vingt jours environ, après lesquels le patient peut être remis à un exercice modéré, progressif, de façon à reprendre, au bout de six à huit semaines, son service normal. D'abord il y aura quelques difficultés respiratoires dues à la tuméfaction rémanente de la plaie interne, mais, avec la rétraction cicatricielle, tout rentrera dans l'ordre.

D'après les auteurs anglais, les résultats de cette intervention sont excellents. Hobday a déjà opéré 400 malades. On compte en moyenne 50 à 60 pour cent de succès complet, 25 pour cent de succès partiels et 25 pour cent d'insuccès. La meilleure réclame du reste pour cette opération c'est sa puissance d'expansion. Elle est devenue une opération courante en Amérique et en Angleterre.

B.