

ANALYSES

CHIRURGIE.

Décortication du rein et néphrotomie dans les formes graves de l'éclampsie.
(Piéri, 5e Congrès de Gyn. d'obst. et de pédi., Alger 16 avril 1907).

L'auteur signale les interventions chirurgicales effectuées récemment dans les cas d'éclampsie. Les lésions du rein, dans les cas d'éclampsie sont des lésions de néphrite parenchymateuse ; les troubles généraux sont des phénomènes d'intoxication. Les lésions locales, frappant le rein, relèvent de l'intensité de l'intoxication ; elles sont épithéliales et congestives.

L'opération décongestionne le rein, rétablit et régularise le fonctionnement de l'organe ; en outre, elle atténue ou supprime l'intoxication en facilitant l'élimination du poison.

L'auteur signale l'observation d'un cas, suivi par lui et M. le professeur Quéirel, dans lequel la femme a succombé 36 heures après l'intervention, après avoir accouché d'un enfant mort. L'examen des urines permit de constater, après l'opération, le rétablissement des fonctions rénales et la diminution de l'albumine. L'insuccès de l'intervention est dû à l'intensité de la toxémie et à la date tardive à laquelle elle a été pratiquée.

Dans cinq autres observations relatives par l'auteur, on a obtenu deux guérisons ; il en résulte que l'on doit considérer que l'intervention chirurgicale, pratiquée en temps utile, peut sauver les malades.

L'intervention n'est indiquée que lorsque l'éclampsie est due à des lésions rénales ; dans l'éclampsie hépatique, elle ne saurait être admise.

Le traitement médical conserve son importance ; mais il ne faut pas s'y attarder. L'anurie est le symptôme le plus grave de l'éclampsie. Quand le traitement médical est impuissant, l'intervention chirurgicale est une ressource précieuse.

L'avenir montrera la valeur de cette ressource.

Des anastomoses tendineuses dans le traitement de la paralysie infantile.
(Dr Auffret ; Jour. Méd. de Paris.)

L'auteur nous apprend qu'il existe trois procédés d'anastomose.

1° Le tendon paralysé séparé de son centre musculaire dégénéré est suturé au tendon du muscle sain (transplantation ascendante de Vulpian).

2° Les tendons sains et paralysés laissés intacts sont simplement unis l'un à l'autre par une suture latérale (transplantation bilatérale de Vulpian).

3° Le tendon sain sectionné près de son extrémité périphérique est fixé au tendon paralysé (transplantation descendante de Vulpian.)

Cette dernière méthode seule donnerait des résultats appréciables. Ainsi chez un malade de M. Jalaguier, la transplantation sur le tendon d'Achille d'une moitié du long péronier latéral et du jambier postérieur rendirent au pied les mouvements d'extension qui lui faisaient défaut.

Les résultats toutefois ne sont pas toujours aussi heureux. Auffret préfère aux transplantations tendineuses une méthode plus récente, celle de Trangen. Ici on ne cherche plus à substituer un muscle à un autre ; on prend un muscle, on le sectionne à son insertion osseuse, et on vient fixer l'extrémité du tendon, rendu libre, sur un point du pied choisi, suivant les indications spéciales de chaque cas, soit en arrière, soit en avant, soit sur le bord interne (scaphoïde), soit sur le bord externe (cuboïde).