

laissait prévoir que nous étions en présence d'une tumeur bénigne. D'ailleurs le microscope est venu confirmer notre opinion en nous permettant de constater que la préparation anatomique renfermait des éléments conjonctifs fibromateux, présentant par endroits des points d'infiltration calcaire, sans qu'il nous fût possible de trouver aucun élément cellulaire sarcomateux.

Bien que les parois de l'orbite ne fussent pas altérées par le contact du néoplasme, le petit malade n'en avait pas moins des symptômes nerveux qui disparurent après l'opération.

De tous les moyens à notre disposition pour la réparation esthétique de la cavité orbitaire, nous avons cru devoir choisir la tarsorrhaphie partielle, qui nous a donné un succès complet.

La guérison se maintenant déjà depuis un an, nous pouvons espérer qu'elle sera définitive.

Tuberculose Rénale

PAR LE Dr EUGÈNE SAINT-JACQUES

(Suite et fin)

L'hématurie, de même, est des plus irrégulières dans son apparition. Presque constante à un temps ou l'autre, elle est ou fonction de congestion intense, "hémoptysie congestive" (Tuffier, Petit et Belley, Albarra, ...) ou résultat d'une ulcération (Schmidt, Kozenberg, ...) Passagère ici, ailleurs de longue durée (Petit et Belley, Rafin, Casper), tardive pour celui-ci, hâtive, initiale même pour celui-là (Schmidt, Boddaert, Askanazy, Bazy, Nitze, ...), elle peut dans certains cas être si abondante et continue, que la vie du malade en soit mise en danger : tel ce cas, rapporté par Schmidt, d'hémorragie initiale par ulcération d'une papille et saignant presque à blanc le malade.

L'albuminurie ne fait jamais défaut. Tantôt due à la présence du pus, elle est ailleurs vraie et partant précieuse de renseignements. Elle est presque le seul premier symptôme qui ait quelque fixité. On le conçoit facilement quand on sait d'un côté les troubles congestifs déterminés par la localisation tuberculeuse en tissu rénal et de l'autre les lésions de sclérose consécutive à l'évolution de ce foyer infectieux.

Que dire de la *Polyurie* et de la *Pollakurie*, sinon qu'elles sont généralement constantes. On sait l'insistance de Bazy sur les précieuses indications diagnostiques de la pollakurie nocturne, qui si elle est jointe à l'incontinence nocturne prend pour lui la valeur d'un symptôme pathognomonique. La pollakurie reconnaît deux causes : ou une lésion tuberculeuse vésicale et alors constante, sans trêve ni merci, ou un réflexe déterminé par la lésion rénale. Il est même certaines tuberculoses rénales, qui pendant un certain temps donnent lieu presque exclusivement à des symptômes vésicaux (Wolcott, Tuffier.)

Pour ce qui est de la *Bacillurie*, elle est inconstante, et comme dans la tuberculose pulmonaire le bacille ne se décelle pas constamment dans l'expectoration. Parfois au contraire les bacilles foisonnent dans l'urine et ce semble surtout dans la forme miliaire (Rosenstein, Ekehorn). Bien plus, bacillurie ne veut pas dire nécessairement tuberculose urinaire. Jousset l'a démontré, les tubercules pulmonaires peuvent donner des bacilles dans les urines, sans qu'il y ait lésion rénale. Un fait identique ne se voit-il pas d'ailleurs dans la fièvre typhoïde ? Toute bacillémie peut s'accompagner de bacillurie avec simple albuminurie (Bernard et Salomon). Mais reconnaissons que c'est généralement la signature de la tuberculose urinaire.

Peut-on toujours déceler la présence des bacilles dans l'urine ? Non, et il semble aujourd'hui universellement reconnu que l'inoculation au cobaye soit la meilleure pierre de touche. Encore faut-il que cette inoculation soit faite dans des conditions spéciales. L'injection péritoneale ne réussit pas toujours, parce que le milieu péritonéal atténue quelquefois la virulence microbienne. Mieux vaut la faire sous la peau, (Bernard et Salomon.)

La douleur, symptôme irrégulier comme intensité et temps d'apparition. Variant d'un simple malaise à une douleur sourde et constante, elle est parfois paroxystique et résulte généralement alors d'un obstacle urétéral déterminant la rétention rénale. La douleur est parfois si vive et si subite qu'en plus d'une occasion le diagnostic de calcul peut être posé avec raison. Tous les cliniciens ont noté de tels cas et tout dernièrement Charters Symonds mettait bien ce fait en vedette, lors de ses Lettsomian Lectures (1908). Il ne faut pas perdre de vue que les deux affections, tuberculose et lithiase, peuvent être concomitantes (Obs. de Hutchison, Thomason, ...)

La présence d'une *Masse dans la Loge Lombaire*,