

PAGE

MANQUANTE

Fibrome calcifiant de l'orbite⁽¹⁾

PAR LE DR J.-N. ROY

Observation.— Edmond C., âgé de 14 ans, nous est conduit à l'Hôtel-Dieu, le 20 février 1907, pour une tumeur de l'orbite gauche. La mère nous raconte que dès le début de l'année 1904, son fils commença à se plaindre de légères douleurs de l'œil gauche, ainsi que de faiblesse de la vision. Cet œil jusqu'alors avait toujours été droit, mais à partir de ce moment eut une tendance à diverger. Les symptômes allèrent en augmentant jusqu'en octobre de la même année où l'on constatait en plus une exophtalmie moyenne, et une diminution de la contractilité musculaire. Un oculiste consulté à cette date l'admit dans son service, et eut l'amabilité de me transmettre les notes suivantes :

" Tumeur du sommet de l'orbite, paroi externo-inférieure. Ablation de la tumeur, grosseur d'une noix, en passant par la région externo-inférieure de l'orbite. L'opération fut suivie d'un gonflement considérable et dur de tout le tissu orbitaire, exophtalmie prononcée, insensibilité.

" Après quelques jours, une kératite neuro-paralytique faisant prévoir l'impossibilité de sauver l'œil, l'énucléation du globe fut pratiquée. L'insensibilité était tellement complète que cette énucléation pratiquée sans cocaine ni chloroforme n'éveilla aucune douleur.

" Après trois ou quatre semaines, les tissus n'avaient récupéré ni leur sensibilité, ni leur souplesse, ni leur volume normal.

" En présence de ces troubles trophiques et vaso-moteurs du globe oculaire et du contenu de l'orbite, je conclus à une lésion sérieuse des fibres trophiques du trijumeau, et des fibres sympathiques du plexus carotidien. Ces lésions nerveuses pouvant cependant ne pas être définitives, je préférerais attendre avant de pratiquer l'évidement de l'orbite.

" Comme le malade était pauvre et ne pouvait supporter plus longtemps les frais de pension, il fut renvoyé dans sa famille avec les indications de traitement, et avec prière de revenir plus tard.

" Le néoplasme enlevé a été confié à un confrère

qui devait en faire l'examen histologique ; malheureusement, jamais le rapport ne m'a été fourni.

" Pendant les premiers temps de son séjour à l'hôpital, le pauvre C. a été sujet à des accès de toux, d'oppression et de tachycardie que j'ai cru devoir mettre sur le compte d'une névropathie trachéo-bronchique."

Durant les deux années qui suivirent, les deux opérations, le gonflement des tissus orbitaires, tel qu'il est fait mention dans le rapport précédent, continua toujours à augmenter. Le malade se plaignait de douleurs lancinantes et de plénitude de l'orbite qui se compliquaient journellement par de la céphalalgie. Un liquide sanieux ne cessa de s'échapper de la plaie, malgré les lavages antiseptiques répétés deux fois par jour. La tumeur, en se développant, avait produit un ectropion considérable de la paupière supérieure. Pendant les quatre derniers mois qui précédèrent notre consultation, les parents remarquèrent que l'enfant était nerveux, penseur, pleurait pour un rien, se fâchait facilement, et n'était pas aussi intelligent qu'avant. L'appétit était bon, mais le sommeil agité, et quelquefois avait-il des mouvements incoordonnés des mains et des pieds.

En présence de ces symptômes et de l'augmentation lente mais continue du néoplasme, ils se décidèrent de faire examiner le malade une seconde fois.

La famille de notre petit patient se compose de treize enfants, dont quatre, morts en bas âge de maladies infectieuses, et les autres en excellente santé. Il n'y a rien d'intéressant à signaler au point de vue héréditaire, ni aucune histoire de néoplasie.

La mère nous dit que son enfant n'a jamais été malade, mais attire cependant notre attention sur une brûlure par eau bouillante qu'il aurait reçue, à l'âge de trois ans, aux paupières et au cou du côté gauche, et qui aurait guéri sans aucune complication.

A l'examen, nous constatons une tumeur volumineuse qui remplit et déborde l'orbite gauche. Cette tumeur empiète sur le rebord orbitaire supérieur et externe d'environ un centimètre, et sur l'inférieur de deux centimètres. L'arc sourcilier est repoussé en haut d'un centimètre et demi. La paupière supérieure est fortement ectropionnée, et il s'échappe de la cavité un liquide séro-purulent. Le néoplasme, qui est très peu mobile, donne à la palpation une sensation de rénitence. Les paupières ont une teinte violacée due à la dilatation veineuse. Toute cette région a conservé sa sensibilité.

Etat absolument normal de l'œil droit, et la réfraction nous donne $120^{\circ} - 0.75 V = 1$.

A la rhinoscopie antérieure du côté droit, nous

(1) Communication faite à la "Canadian Medical Association," Ottawa, Mai 1908.

trouvons une rhinite hypertrophique; et à gauche, un léger éperon de la cloison, ainsi qu'une dégénérescence polypoïde de la tête du cornet moyen. Le malade n'a jamais mouché de pus.

Rien à noter du côté du cavum, du pharynx et des amygdales palatines.

Quelques dents cariées n'ajoutent aucun intérêt à cette observation.

La diaphanoscopie à droite nous permet de constater que la pupille est lumineuse et la joue transparente. À gauche le sinus maxillaire est également transparent, ce qui nous assure que cette cavité n'a pas été envahie par la tumeur orbitaire.

Etat normal des sinus frontaux.

Légère hypertrophie des ganglions sous-maxillaires également prononcée des deux côtés. Les ganglions pré-auriculaires à gauche ne sont pas augmentés de volume.

Nous ne trouvons aucune maladie organique, ni aucune diathèse syphilitique tuberculeuse ou autre.

Il nous était relativement difficile de faire un diagnostic clinique quant à la nature intime de cette tumeur, et le microscope seul pouvait nous renseigner sur ses éléments purs ou associés de cellules osseuses, cartilagineuses, fibreuse ou sarcomateuses. Au point de vue pratique l'ablation n'en restait pas moins le traitement unique et l'opération étant acceptée, eut lieu le 23 février.

1ère Opération. Le malade endormi au chloroforme, et le champ opératoire aseptisé, nous faisons une canthotomie externe sur une longueur d'un centimètre, à légère concavité inférieure. La conjonctive qui recouvrait le néoplasme sur toute son étendue est incisée dans les pseudo-culs-de-sac supérieur et inférieur, et les paupières et la peau de la tempe sont soigneusement décollées avec les ciseaux. La tumeur étant alors entièrement mise à nu, nous pouvons l'enlever en partie après l'avoir détachée du rebord orbitaire supérieur, externe et inférieur. Au moyen de la curette nous terminons l'exérèse de tout ce qui restait au fond de la cavité, en allant aussi profondément que possible dans la direction du nerf optique. Ces manœuvres nous furent d'ailleurs rendues faciles par la présence d'une capsule bien limitée qui entourait entièrement le fibrome, et que l'on rencontre presque toujours dans cette variété de néoplasme. Comme le périoste paraissait totalement envahi, nous faisons ensuite une ablation soignée de tout ce qui avait pu échapper à notre premier curetage, et la voûte orbitaire qui est intacte attire spécialement notre attention. La tumeur pèse 55 grammes. L'opération est terminée par un bon nettoyage de l'orbite, quelques points de suture au can-

tus externe, et un pansement légèrement compressif. Les suites opératoires sont absolument normales. Nous sommes heureux de constater dans les jours qui suivent que le sourcil gauche est en ligne avec le droit. La cavité orbitaire nettoyée journallement à l'eau oxygénée supprime un peu, quoique les fongosités soient enlevées à la curette ou cautérisées. Cependant, elle se tapisse graduellement d'une couche granuleuse solide qui nous permet de considérer notre malade comme étant guéri au bout de deux mois. Tous les symptômes qu'il accusait avant l'opération sont disparus; la santé générale est meilleure et l'intelligence se développe. Bien que guéri, nous ne sommes pas amplement satisfaits de notre première opération, puisqu'il nous avait été impossible de nous occuper de la partie esthétique. Le néoplasme en se développant, avait fait subir aux paupières une dilatation forcée, aussi après son ablation, tout en s'enfonçant dans l'orbite, eurent-elles une tendance à se rétracter sur elles-mêmes, jusqu'au point de laisser cette cavité largement ouverte. Comme notre malade, en plus de cet état disgracieux, aurait toujours été exposé aux infections extérieures, nous lui faisons, le 20 avril, une tarsorrhaphie partielle.

2ième OPÉRATION. De nouveau endormi au chloroforme, nous détachons circulairement les paupières à leur base au niveau du point osseux de l'orbite, et nous continuons ce décollement sur le front et la joue afin de pouvoir mieux les mobiliser. Après avoir fait l'avivement des deux tiers internes de leurs lèvres méibomiennes, et complété l'hémostase, nous appliquons quelques points de sutures en apportant un grand soin au champ ciliaire. Un pansement protecteur termine cette petite intervention si facile. Dans les jours qui suivent, nous faisons des lavages antiseptiques de la cavité orbitaire en passant par la partie non suturée; et, comme la sécrétion était tarie à la fin de mai, le malade peut laisser l'hôpital absolument guéri. Nous lui recommandons cependant de répéter de temps à autre ces lavages au moyen d'une seringue, afin de maintenir sa guérison.

Mon excellent ami, le Dr Dupont, qui a bien voulu se charger de la pièce anatomique, a eu l'amabilité de me communiquer le rapport microscopique suivant :

« Examen histologique d'une tumeur de la grosseur d'un gros œuf de poule, développée dans la cavité orbitaire gauche.

« Les coupes portent sur les muscles de l'œil et sur la tumeur proprement dite. Sur celles préparées tout particulièrement par la méthode de Van Gieson et Wei-

gert, on constate que cette masse est formée exclusivement de cellules et de faisceaux de fibres conjonctives qui se croisent dans tous les sens. Ces fibres sont colorées par la fuschine en rose caractéristique, et en bleu les noyaux des cellules.

“ De nombreux petits foyers de calcification sont disséminés dans toute son épaisseur. Ces dépôts de sels calcaires ont pris une coloration de noir foncé par l'hématoxiline ferrique.

“ Une bande de tissu fibreux, dont la plupart des fibres sont disposées parallèlement entr'elles, la sépare des muscles oculaires.



“ On trouve inclus dans la tumeur un nerf dont les éléments présentent des signes évidents de dégénérescence ; mais il ne semble pas assez volumineux pour être le nerf optique. Le muscle est aussi très légèrement atteint par la sclérose. Par contre, les artères et les veines du voisinage ne semblent pas visiblement envahies.

“ Il s'agit donc d'un fibrome à évolution lente, avec plusieurs foyers microscopiques de calcification.”

Pendant assez longtemps, quelques ophtalmologistes ont nié, bien à tort, la possibilité du développement du fibrome pur dans la cavité orbitaire. En effet,

tous les feuillets fibreux qui tapissent ou cloisonnent l'orbite peuvent être le point de départ de cette tumeur, qui peut indifféremment originer du périoste, des gaines des muscles et du nerf optique, ou encore de l'aponévrose de Ténon.

Bien que le fibrome de notre malade soit calcifiant à certains endroits, cette observation n'en reste pas moins intéressante au point de vue de sa rareté.

L'évolution de ce néoplasme doit également retenir notre attention, ainsi que les phénomènes nerveux qui l'accompagnaient.

L'exophtalmie, la diminution de la vision et le stra-



bisme divergent nous portent naturellement à croire qu'il a pris naissance au dépens d'une des couches fibreuses du fond de l'orbite ; car, à part cette saillie oculaire, le globe paraît-il, avait conservé sa position normale.

L'insensibilité et le gonflement des tissus rétrobulbaires qui suivirent la première opération et se continuèrent même après l'énucléation sont aussi des faits que nous n'avons vus notés nulle part.

Nous savons que dans certains cas, la limite qui sépare le fibrome du sarcome est encore bien indécise ; cependant ici la marche très lente de la maladie nous

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, Albaran,...) 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 *Pollakyurie*, sinon qu'elles sont généralement constantes. On sait l'insistance de Bazy sur les précieuses indications diagnostiques de la pollakyurie nocturne, qui si elle est jointe à l'incontinence nocturne prend pour lui la valeur d'un symptôme pathognomonique. La pollakyurie 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*,

on le comprend, ne se décèlera que si le rein est déjà d'un certain volume. Sa mobilité aidera à la dépister plus tôt. Tous ceux qui ont quelque expérience de ces lésions rénales, savent jusqu'à quelles dimensions peut atteindre un rein tuberculeux, jusqu'à la crête iliaque et vers la ligne médiane. Le volume de même que la tension de cette masse varient suivant que le rein est ou non en rétention.

Tuberculose secondaire urinaire. L'ureter, et c'est de toute évidence, est le premier à s'infecter. Le processus inflammatoire, en même temps qu'il augmente le volume de ce conduit, rétrécit sa lumière : et c'est ainsi que le pus, le mucus, le sang et les débris de tis-

res, soit de pyurie, soit d'hématurie, soit de pollakyurie. Parfois il vous dira que non seulement il doit se lever souvent la nuit pour uriner, mais qu'il ne peut retenir ses urines et les laisse inconsciemment passer durant son sommeil. Souvent même il ajoutera qu'un testicule est graduellement devenu gros ; qu'il a toujours été et persiste encore indolore, et de fait vous trouverez un épidydime généralement envahi. Portant la main à son côté, il indiquera qu'il est sujet à une douleur sourde et persistante, qui s'exaspère par moment. Peut-être vous dira-t-il que même une crise aiguë a marqué le début de tous ses ennuis. Vous examinerez la loge lombaire et vous trouverez une masse généralement dure et fixe parfois sensible, dont le volume peut arriver jusqu'à celui de plusieurs oranges.

Si c'est une femme, le toucher vaginal vous instruira davantage. Car si l'affection a déjà évolué depuis quelque temps, l'ureter sera envahi et vous le sentirez par le vagin comme un tuyau dur et sensible, allant d'arrière en avant et de dehors en dedans, pour se perdre vers le bas-fond vésical. Il nous a semblé, d'après notre expérience personnelle, qu'il n'y avait à peu près que la tuberculose rénale pour donner naissance à une telle urétérite hypertrophiante et sensible. La pyélonéphrite calculeuse ne paraît pas la déterminer à tel point et l'observation clinique nous a conduit à la conclusion de la regarder comme quasi pathognomonique de la tuberculose rénale descendante.

Mais la masse lombaire peut manquer, la crise douloureuse faire défaut, l'urétérite ne pas exister, et alors comment dire si oui ou non le rein est en cause à l'exclusion de la vessie, et lequel des deux reins ?

La première question doit être posée par le *cystoscope*. Il nous dira—et lui seul le peut—si la vessie est ou non en cause, si son bas-fond est malade et ulcéré. Bien plus il dira aussi et dans la majorité des cas de quel rein vient le pus : car il permet la comparaison visuelle des éjaculations urétérales. Le cystoscope à vision directe nous a donné les résultats les plus satisfaisants. Davantage encore : le cystoscope nous dira si l'ureter est sain ou non, dans le dernier cas son orifice vésical apparaissant béant, au lieu de rectiligne, et en dépression au milieu d'une petite élévation.

Mais l'aspect des orifices urétéraux peut manquer de nous renseigner suffisamment : plus d'une fois les indications que nous donnait le cystoscope étaient négatives à ce sujet. Il faut alors recourir à d'autres procédés, dont les principaux sont le cathétérisme des ureters et la séparation endovésicale des urines.

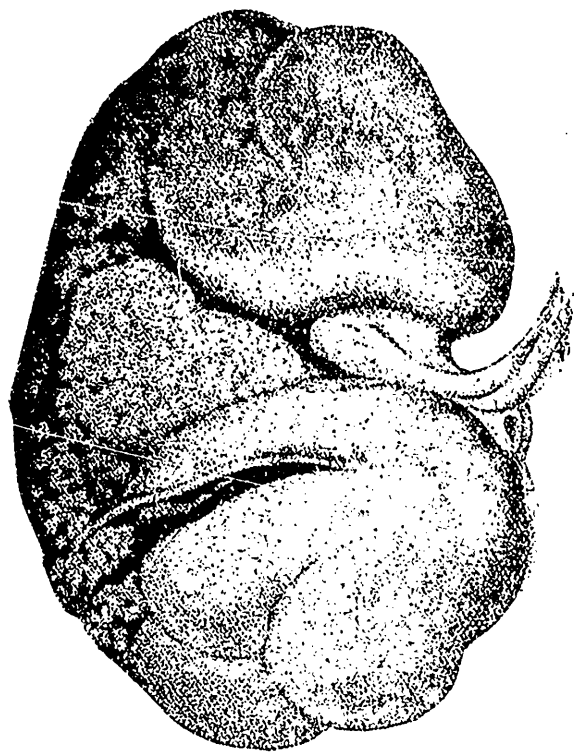


Fig. V.—Foyers tuberculeux apparaissant à travers la capsule

sus peuvent l'obstruer facilement. La vessie de même ne tarde pas à développer des foyers secondaires qui ajoutent aux inconvénients et aux souffrances du malade.

Sur quels signes donc nous appuyerons nous pour porter le diagnostic de tuberculose rénale ?

Le sujet sera généralement mal portant, faible et sans appétit depuis quelque temps. Son teint pâle, son amaigrissement, ses transpirations nocturnes probables, des foyers de tuberculose pulmonaire déjà existant nous indiqueront un infecté profond. Il se plaindra généralement de quelques troubles urina-

Par le CATHÉTÉRISME DES URETERS, nous serons renseignés sur la valeur fonctionnelle de chaque rein, si les deux côtés sont touchés par le processus tuberculeux, lequel des deux organes l'est davantage et enfin si le moins malade peut faire fonction totale. Bien que la méthode soit d'emploi courant en thérapeutique urinaire, nous reconnaissons les dangers d'infection qu'elle fait courir au rein sain. Voilà pourquoi les instruments qui permettent le cathétérisme direct (Kelly, Luys) nous paraissent supérieurs.

Quant à la SÉPARATION ENDOVÉSICALE des urines, elle nous a été personnellement d'un véritable secours en maintes occasions, et dans nos mains l'instru-

ont clairement établi. Ainsi, chez 60 tuberculeux du rein examinés par Albarran, existaient des lésions du rein opposé, se trahissant par l'albuminurie. Après l'ablation du rein tuberculeux, l'albumine disparut en 3 à 4 mois, lorsqu'elle n'atteignait que quelques centigrammes avant l'opération. En effet, le rein tuberculeux influence le rein opposé ou par action réflexe ou par surcharge de travail ou enfin par ses microbes et leurs toxines (Rosving et Kapsamma, Koranyi, Wilbrecht). Les résultats expérimentaux obtenus par Bernard et Salomon sont aussi précis sur ce point. Tout dernièrement Bier rapportait l'observation de neuf tuberculeux du rein, où l'ablation de l'organe malade ramena un

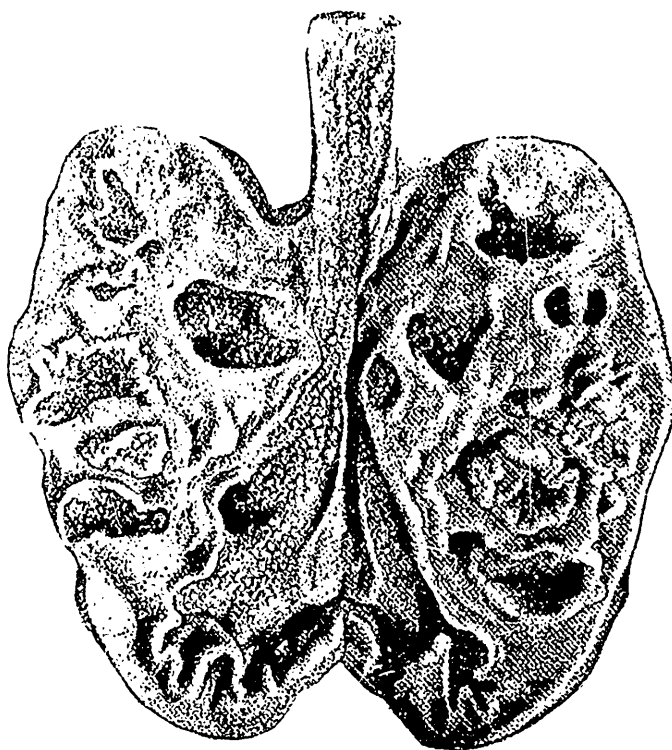


Fig. VI.--Loges multiples du rein et pyonéphrose. Notons l'infection de l'ureter. (Luys).

ment de Luys a donné pleine satisfaction chez la femme.

Mais pourquoi donc cette insistance à établir le fonctionnement rénal opposé ? C'est que la tuberculose rénale bilatérale n'est pas absolument rare, c'est aussi que tout foyer tuberculeux détermine tôt ou tard une néphrite secondaire. Chez 8 p. c. des malades de Kronlein, les deux reins étaient pris, chez 10 p. c. de ceux d'Israel, tandis que Morris (Angleterre), et Mirabeau (Allemagne) la rencontrèrent dans 50 p. c. des cas.

Quant à la néphrite tuberculeuse secondaire, c'est un fait que l'observation clinique et l'expérimentation

fonctionnement normal au rein restant, antérieurement insuffisant.

Les épreuves du Bleu de Méthylène et de la Phloridizine, la Cryoscopie des urines des deux reins ne devront pas être négligées et nous aideront encore à préciser davantage la valeur fonctionnelle des reins.

Le microscope, qui examinera les dépôts de centrifugation des deux urines, dira si le bacille de Koch est présent et s'il l'est dans les deux ; il précisera la forme, le contour des leucocytes et s'il les trouve irréguliers et crénelés, à noyaux peu chromophiles, il pourra presque af-

firmer la nature tuberculeuse de cette pyurie (Colombino).

Ayant porté le diagnostic de tuberculose rénale et renseignés que nous sommes sur la valeur fonctionnelle relative des deux reins, nous avons tous les éléments pour poser nos conclusions thérapeutiques : et c'est par là que nous terminons.

THÉRAPEUTIQUE

Trois moyens sont à notre disposition : le traitement médical général, la néphrotomie et la néphrectomie.

I. La tuberculose rénale peut-elle guérir par une thérapeutique interne ou médicale ? Albarran vient de

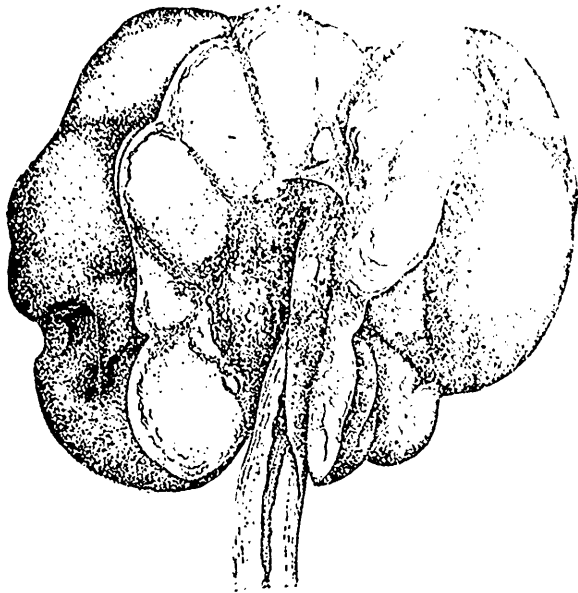


Fig. VII.—Tuberculose massive du rein, avec obstruction de l'uretère. (Tuffier).

se prononcer, et tout récemment, très catégoriquement à ce sujet : " Il n'existe pas une seule pièce anatomique montrant guérison spontanée. Les guérisons rapportées n'ont été que des rémissions ". Et la grande majorité des pathologistes soutiennent cette opinion.

Il est cependant des exceptions, mais combien rares. Ainsi Péchère prétend que " la tuberculose rénale est susceptible de guérir sans traitement opératoire ". Piclicke veut le traitement par la *tuberculine* dans les formes très-légères. Guéri lui-même d'une tuberculose pulmonaire par traitement à la tuberculine il y a 14 ans, il essaya ce traitement sur un tuberculeux rénal en 1905 et aujourd'hui, en 1908, ce malade persiste guéri. Nous

avons la choix entre le T.-A., la T.-R. et la B.-E. En cette "ère opsonique", et en face des résultats parfois fort encourageants de la nouvelle méthode, il ne semble que légitime d'en faire l'essai (Max Miller). Volontiers nous en ferions un adjuvant à l'intervention opératoire, mais non pas un suppléant.

Les rayons X ont naturellement été appelés à la rescousse. Reconnaissons la modestie de celui qui les propose, Bircher, puisqu'il ne les recommande que pour les cas opérables.

II. — La NÉPHROTOMIE alors ?

Ce n'est là qu'un pis aller. Le reproche le plus sérieux qu'on lui fait — et avec raison — c'est qu'elle ne



Fig. VIII.—Hydronephrose et pyonephrose. (Luys).

supprime pas le foyer infectieux, et qu'en plus, à l'infection tuberculeuse simple, elle supplée une infection mixte. Et nous savons tous les dangers des infections mixtes. Elle n'est donc qu'un pis aller, répétons-nous, et ne doit être employée que lorsque le vrai traitement sera impossible, ou qu'il y aura indication d'évacuer un vaste foyer purulent avant d'exécuter l'opération radicale.

III.—Donc nous concluons en posant que LA TUBERCULOSE RÉNALE RÉCLAME LA NÉPHRECTOMIE, à moins de contre-indications. Et nous grouperions ainsi ces contre-indications :

- Tuberculose par trop généralisée et trop avancée.
- Tuberculose rénale bilatérale,

Tuberculose secondaire de la vessie et des organes génitaux.

Insuffisance fonctionnelle du rein opposé.

Déchéance générale marquée de l'économie

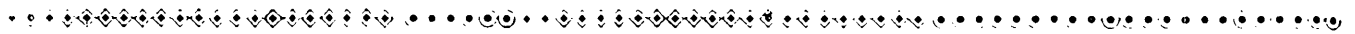
Encore convient-il d'ajouter qu'une tuberculose pulmonaire tout à ses débuts ne contre-indique pas l'opération ; pas plus que la simple présence d'albumine dans l'urine du rein opposé, voire même tout le contraire ; pas plus enfin que des lésions vésicales légères, qui retrocèdent et guérissent souvent après l'ablation du foyer causal.

Mais cette néphrectomie, n'est-elle pas activement mortelle et guérit-elle parfois ?

Écoutez Kummel. Sur 58 opérés, six meurent des

suites opératoires, vu leur mauvais état général antérieur. Des 52 qui quittent l'hôpital, 40 personnes persistent encore guéries 16 ans après. 10 p. c. des malades d'Israël succombent aux suites opératoires, 5-8 p. c. de ceux de Kronlein, 33 p. c. de ceux de Morris. Les résultats de Tuttle sont meilleurs et avec Lorenzo la mortalité opératoire tombe à 1 p. c.

Mais je laisse le dernier mot au nouveau maître de Necker, le professeur Albarran : Alors, dit-il, que la néphrectomie globale des chirurgiens enrégistre une mortalité opératoire de 12 p. c., notre statistique personnelle portant sur plus de 100 opérés n'enregistre que 2,6 p. c. de mortalité. Et nous relevons 22 opérés de plus de 2 ans, 14 de plus de 6 ans et 3 de plus de 9 ans."



PROGRES DES SCIENCES MEDICALES

Influences modificatrices de l'évolution tuberculeuse

Nous savons combien elles sont nombreuses et jusqu'à quel point elles affectent l'évolution de ce processus pathologique. Dans toute une série de multiples expériences, Lannelongue, Achard et Gaillard ont cherché à préciser les conditions qui modifient ainsi les manifestations tuberculeuses et à en déduire certaines indications thérapeutiques. Voici, brièvement résumées, ces intéressantes constatations et les conclusions qu'en découlent.

Traumatisme. — Vingt cobayes inoculés avec des produits purs de tuberculose humaine ont subi, au cours de l'infection ainsi déterminée, des traumatismes divers : fractures, luxations, etc. *Aucun* n'a présenté de lésions tuberculeuses au niveau de la région traumatisée.

Le résultat fut également négatif, quand le traumatisme fut contemporain ou postérieur à l'inoculation, que celle-ci fût faite dans le péritoine, la trachée ou le sang même.

Chez le lapin, même insuccès avec des cultures pures de bacille humain. Au contraire, l'inoculation dans le sang de produits tuberculeux humains à dose élevée (crachats, pus) a donné, dans cinq cas de trauma-

tisme simultané à l'injection, des lésions d'arthrite tuberculeuse suppurée ou fongueuse.

Ces résultats positifs semblent tenir à la quantité de bacilles nécessaires à infecter l'animal, à la survie habituellement longue, qui permet l'évolution complète des lésions, enfin à l'infection mixte.

Chez l'homme tuberculeux, il est rare que le bacille se trouve en nombre dans le sang : un foyer de fracture échappe ainsi à l'invasion bacillaire.

Pour que la fixation du bacille ait lieu, le traumatisme ne suffit pas à lui seul, il faut une action plus continue, dont le facteur principal est l'activité nutritive des organes en voie de développement : d'où la fréquence de la tuberculose osseuse chez les enfants. *Donc le traumatisme ne fixe qu'exceptionnellement le bacille sur le point atteint.*

De plus, les traumatismes exercés sur une articulation inoculée de tuberculose n'ont pas paru avoir une influence très appréciable sur l'évolution de l'arthrite. Il n'en est pas de même des mouvements normaux imprimés à l'articulation malade. *Toujours ces mouvements ont aggravé l'ostéo-arthrite et provoqué la contracture musculaire.*

Ils sont donc plus dangereux qu'un traumatisme ;

d'où le bien fondé du traitement des athrites tuberculeuses par l'immobilisation forcée.

Climat.—Divers lots de 50 cobayes inoculés le même jour dans la plèvre ont été mis en observation à Paris, à la campagne, à la mer, à la montagne. La survie la plus longue a été observée à Paris. Les auteurs concluent que si l'importance des conditions hygiéniques dans le traitement de la tuberculose reste entière, les influences climatiques sont indifférentes.

Température.—Les écarts considérables et brusques de la température ont accéléré d'une façon excessive la marche de l'affection.

Poussières.—L'inhalation des poussières a une influence aggravative des plus nettes.

Fatigue.—Les lots de cobayes soumis à un exercice forcé sont morts beaucoup plus tôt que ceux qui étaient maintenus dans une stabulation si étroite qu'ils pouvaient à peine remuer. *La mort a été d'autant plus rapide que la fatigue a été plus grande.* Une alimentation insuffisante accélère la marche de la maladie ; et si elle est combinée avec la fatigue, il y a une précipitation réelle du dénouement.

Régime alimentaire.—Les expériences comparatives faites avec des régimes hydrocarboné (sucre), gras (beurre), azoté (gluten), ont donné les résultats suivants: le lot mis au régime du beurre disparut en 40 jours, celui du sucre en 87 jours, celui du gluten en 371 jours.

Alcool.—Réalisée soit par injection sous-cutanée, soit par ingestion, soit par inhalation de vapeurs d'alcool, l'alcoolisation a déterminé l'extinction rapide des cobayes inoculés avec une émulsion de tuberculose humaine. Les auteurs ont constaté que les doses faibles et répétées étaient plus nocives qu'une dose élevée unique. Ils signalent en outre que les cobayes alcoolisés et non tuberculés meurent en autant de temps que les cobayes tuberculés et non alcoolisés. *Au point de vue final tuberculose et alcoolisme se valent. Combinés, ils surajoutent leurs effets.*

Aptitude individuelle.—La considération des lésions observées, la grande variété de leurs formes malgré l'uniformité du mode d'inoculation, le temps sensiblement égal que mettent à évoluer les lésions de même ordre, la résistance particulière que présentent certains animaux, quelque soient les conditions différentes où ils se trouvent, font que les auteurs relient toute l'importance du terrain individuel sur la marche générale de la tuberculose. La pathologie humaine et la patho-

logie expérimentale donnent donc des observations absolument concordantes.

Sérothérapie. La relation d'essais de sérothérapie antituberculeuse pour le cobaye, dont les résultats sont dignes d'intérêt, termine ce petit ouvrage, très court, très important, et témoignant d'un labeur scientifique extraordinaire.

E. ST JACQUES.

Dyspnée et toxicité urinaire dans les cardiopathies artérielles

Chez les artériels, la pathogénie de la dyspnée est encore sujette à discussions, et la vogue du régime déchloruré a fait attribuer au sel une importance très exagérée. Achaud et ses élèves ont montré que la rétention chlorurée retient dans les tissus l'excès d'eau nécessaire pour le dissoudre au taux de 7,5 p.c. ; elle ne crée de dyspnée que lorsque l'œdème ainsi constitué envahit le parenchyme pulmonaire, ou encore, sous forme d'hydrothorax, la plèvre.

Mais en dehors de ces cas, et abstraction faite des cas de grande asystolie, d'où vient la dyspnée des artériels ?

C'est dans le but d'élucider cette question que Moutgeot résolut de rechercher s'il y avait relation entre la dyspnée et la quantité de toxines éliminées quotidiennement par les reins, dans les cardiopathies artérielles, par une appréciation journalière prolongée de ces deux phénomènes.

Il suivit donc de très près quatre malades, dont il nota avec précision les variations dans l'élimination urinaire. Voici ses conclusions, *J. des Praticiens*, juillet 1908) :

Voilà quatre observations d'artério-scléreux à un stade avancé : celui des lésions aortiques et myocardiques, mais sans grande asystolie. Ce sont des cas de cardiopathies artérielles avec suffisance relative du cœur et du rein, c'est-à-dire non compliquées de mal de Bright cliniquement évident ni d'asystolie. Toutes quatre montrent avec une clarté singulièrement concordante que "la dyspnée dans ces cardiopathies artérielles suit une marche exactement inverse dans son intensité à la quantité de toxines dont l'organisme parvient à se débarrasser, au moyen du filtre rénal." Cette conclusion n'est que la confirmation de l'enseignement de Huchard : "Depuis plus de 30 ans, je ne cesse de répéter cette phrase : les cardiopathies artérielles commencent par

L'interiction, elles continuent par l'interiction ; elles finissent par l'interiction."

Ces observations n'ont pas la prétention de rappeler un fait clinique devenu banal, à savoir l'amélioration des artériels sous l'influence du régime lacté et des diurétiques, lorsque ce traitement amène une crise éliminatrice salutaire : elles démontrent une fois de plus l'origine essentiellement toxique de cette dyspnée. Déjà E. Tournier avait démontré que dans les cardiopathies d'origine artérielle avec forte dyspnée, le coefficient urotoxique de Bouehard (somme d'urotoxiques éliminées par un kilogramme d'homme en 24 heures) est abaissé jusqu'à osciller entre 0,273 et 0,370, au lieu de la normale 0,464. Grâce à mes recherches sur les *variations quotidiennes* comparatives de la toxicité urinaire et de la dyspnée, il m'est permis de confirmer cette donnée. C'est donc une erreur de parler, dans ces cas, en dehors de la grande asystolie, de dyspnée "aortique" ou "cardiaque." Elle est symptomatique d'une toxémie par rétention de poisons à la fois vaso-constricteurs (d'où hypertension artérielle) et dyspnéisants, et secondairement générateurs de fibrose des artérioles, ou d'athérome des gros troncs. Ce symptôme est tout à fait comparable au symptôme œdème, dû à la rétention chlorurée, comme l'a démontré Achard.

Cette dyspnée réclame donc avant tout le traitement rénal éliminateur, mais non la digitale toni-cardiaque, non plus que le régime déchloruré qui n'est pas hypotoxique, mais s'adresse uniquement contre le symptôme œdème. Ce traitement n'est pas forcément hypotenseur : j'estime qu'il n'y a de traitement très efficace contre l'hypertension que celui qui ajoute à une action éliminatrice de toxines une action vaso-dilatatrice suffisante.

VERNER.

Eclampsie et décapsulation des reins

Asch, qui faisait publier par Falgowski (Zentralbl. f. Gyn. No 2-1908) un cas d'éclampsie guéri par ce traitement opératoire, rapporte une nouvelle guérison obtenue par le même procédé (Zentralbl. f. Gyn. 1908).

Il s'agit d'une femme de 21 ans, qui, au moment où elle entra à la clinique, venait d'accoucher trois jours auparavant spontanément et facilement, sans ascension de température ; ni dans les premiers jours, ni pendant la grossesse, on n'avait constaté de signes de néphrite.

Au troisième jour, petit accès éclamptique de trois minutes sans aucun préliminaire : puis les accès succèdent, de plus en plus longs et dans l'urine obtenue par

cathétérisme on trouve de l'albumine en abondance. A son entrée, la malade est dans le coma absolu, avec absence des réflexes cornéens, visage tuméfié. Étant donné le succès obtenu dans un cas antérieur, je me décidai à pratiquer la décapsulation. Elle eut lieu sans aucune difficulté, sur le rein laissé *in situ*, fixé par l'intermédiaire de la paroi abdominale et par la plaie. Le rein droit était tuméfié d'une manière appréciable et cyanotique : la capsule s'écarte dès l'incision. A gauche petite hémorragie facilement arrêtée par tamponnement. Quelques accès ont lieu encore pendant l'anesthésie (chloroformique) et pendant l'opération. Après celle-ci, la malade dort tranquillement, la respiration devient régulière, les accès ne se reproduisent plus. Guérison rapide. La malade sort quatre semaines après l'opération.

L'auteur conclut que cette intervention peut rendre de grands services, mais il n'a l'expérience que des cas à pronostic généralement mauvais, où l'éclampsie a éclaté après la délivrance, et où l'indication opératoire est formelle. Dans les autres, on peut vider l'utérus et attendre le résultat.

E. ST-JACQUES

Moller ajoute un nouveau cas à cette série. (Zentralbl. f. Gyn. No 14-1908). Si le résultat n'en fut pas heureux, il faut noter dans quelles conditions mauvaises fut tentée l'intervention, et alors que les moyens médicaux habituels avaient échoué.

Il s'agit ici d'une femme de 36 ans, IV pare : on ne sait s'il y a eu albuminurie dans les précédentes grossesses dont la dernière date de deux ans. Au début de septembre 1907 à quinze jours du terme, petite hémorragie qui s'arrête spontanément : puis céphalalgie, œdème des membres inférieurs et des paupières.

On trouve de l'albumine le 12 septembre. Dans la nuit premier accès éclamptique, suivi bientôt de trois autres. Coma, respiration stercoreuse, cyanose ; pouls à 72, température : 38°6 : 13 grammes d'albumine par litre. Cylindres hyalins. Comme il n'y avait aucun début de travail, on fit le lendemain une section césarienne *vaginale*, suivie de l'extraction d'un enfant vivant. Délivrance rapide : hémorragie insignifiante. L'examen du placenta démontre qu'il s'était décollé prématurément.

Malgré la délivrance le coma persiste, les accès éclamptiques se multiplient (au nombre de 13). Le lendemain température : 38°2, pouls 80, 2 grammes d'albumine. Mais l'après-midi, l'état s'aggrave rapidement avec cyanose, râle trachéal, pouls à 140. Le mari demandant de tenter l'impossible, on pratique à 7 heures du soir, la décapsulation des reins sans anesthésie

Les reins sont à peine augmentés de volume, et le parenchyme ne paraît pas tendu de façon appréciable dans la capsule.

Deux heures plus tard, œdème pulmonaire et mort à minuit, sans que la malade ait repris connaissance depuis le premier accès. Pas d'autopsie.

Ce cas ne prouve pas grand-chose contre l'opération car elle a été faite *in extremis*. Il existe des cas où la décapsulation fut suivie de guérison ; mais il y en a d'autres où l'éclampsie guérit sans opération. L'auteur admet cependant, avec Pinard et Lippel, la décapsulation dans le cas d'anurie absolue.

François de MARTIGNY.

Le lait cru dans l'allaitement artificiel

Dr H. Triboulet

Si je m'en tiens à mon expérience personnelle, je déclare :

1o N'avoir pas vu d'observations d'enfants élevés pendant la première année, par exemple, au seul lait cru (ânesse, chèvre ou vache) :

2o Avoir constaté presque toujours des résultats fâcheux (gastro-entérite, insuffisance de développement et athrepsie) souvent, quand le lait cru a été employé avant l'âge de deux mois :

Avoir vu des résultats du genre des précédents, plus ou moins atténués, mais des résultats d'ordinaire médiocres, avec l'emploi de ce lait avant l'âge de 4 mois :

3o Avoir recueilli dans les campagnes des résultats assez satisfaisants, à partir de l'âge de 4 mois (en dehors de la période d'été), et, d'autant meilleurs, que l'usage du lait cru est commencé chez les nourrissons plus âgés ; mais avoir reconnu que, dans les villes, l'usage du lait cru ne convient guère avant le sixième mois :

4o Avoir vu de bons résultats de l'allaitement mixte, dès le deuxième mois, et très bons dès le quatrième mois ;

5o Avoir constaté, dans les campagnes, la possibilité de donner le lait pur, et, dans les villes, avoir toujours mieux réussi, en coupant légèrement le lait d'un cinquième d'eau bouillie, et en conseillant de donner des doses de lait d'un quart, environ plus faibles qu'avec le lait bouilli ou stérilisé (par exemple 120 gr., au lieu de 150 gr., etc.).

Toutes ces considérations concernent l'enfant sain.

Cas pathologiques.—Une idée dirige tous les radiations, c'est celle d'offrir à certains dyspeptiques, à un mo-

ment donné, surtout après la gastro-entérite, ou après la convalescence d'une maladie aiguë, un lait léger spécial, et seul, je crois, le lait d'ânesse réunit alors tous les suffrages.

Mais lait de secours, alimentation d'attente, de transition, ce lait ne donne à l'usage prolongé, qu'une insuffisance alimentaire totale qui se traduit visiblement par une courbe de poids par trop inférieure.

S'agit-il de vices de nutrition (étiquetés arthritisme ou herpétisme), tels que fermentation avec toutes leurs conséquences de manifestations cutanées : érythèmes papuleux, vésiculeux, strophulus, lichen, eczéma, impétigo, etc. ? la substitution du lait cru (et je dirai même, de tel ou tel lait cru, lait de chèvre plutôt que lait de vache, ou inversement, au lait bouilli, ou à tout mode d'alimentation, voire au sein maternel, va pouvoir donner des résultats avantageux surprenants !

Tous, nous pourrions rapporter de telles observations : mais qui de nous saurait aujourd'hui déjà, justifier *scientifiquement* sa manière de faire ?

Je me contenterai de dire que le lait de chèvre m'a paru, à l'égard du rachitisme et des états scorbutiformes, supérieur au lait de vache.

Traitement de la fracture de l'olécrâne

La Société de Chirurgie vient de s'occuper dernièrement de cette importante question de thérapeutique chirurgicale.

Diverses opinions sont échangées à ce sujet entre plusieurs orateurs. M. Lucas-Championnière, rapporteur d'un cas de M. Lenormant, où la fracture traitée par le massage immédiat guérit d'une manière satisfaisante, prend acte de ce nouveau cas pour recommander l'usage de la thérapeutique qu'il affectionne particulièrement. De son côté se rangent M. Morestin, qui ne recourut à la suture qu'exceptionnellement et M. Routier qui cite le cas suivant : Une jeune femme se jeta par la fenêtre d'un cinquième étage. Amenée à l'hôpital dans le coma, elle se rétablit assez promptement et ce n'est que trois semaines après que l'on s'aperçut d'une fracture de l'olécrâne avec grand écartement. Le massage fut alors institué et aboutit à une consolidation, dit l'orateur, très satisfaisante. M. Picqué a également observé les bons effets du massage.

MM. Quénu, Tuffier, Broca et Demoulin professent une opinion plus éclectique. Ils pensent qu'il y a indication formelle de suturer lorsque le fragment supé-

rieur est renversé, lorsque l'écartement est considérable ou même simplement notable (Quénu). La suture péri-phérique, sans points intra-osseux, suffit pour les uns ; d'autres avec M. Delbet, préfèrent la suture métallique intra-osseuse. En résumé, il est bon de savoir, par l'étude de ces diverses observations que, dans un milieu campagnard, ou même urbain mal propice, on pourra se contenter de traiter les fractures de l'olécrâne par le massage avec plus de succès que les fractures de la rotule. Mais il n'en demeure pas moins certain que dans certains cas, seule la coaptation par les fils qui n'aggrave pas le dommage encouru par le blessé, pourra assurer un bon fonctionnement ultérieur, notamment dans l'extention de l'avant-bras sur le bras.

E. SAINT-JACQUES

Paralysie diphtérique progressive guérie avec des injections répétées de sérum antidiphtérique

Par Descos et Vial (*La Loire Médicale*, 15 juin 1908)

Les auteurs rapportent une observation qui confirme l'opinion de Sicard, à savoir que les paralysies diphtériques à tendance extérieure de généralisation, sont presque toujours mortelles si la sérothérapie n'intervient pas. Il s'agit d'une femme de trente-trois ans atteinte de paralysie diphtérique, généralisée aux quatre membres, rebelle à tout traitement et qui semblait même se propager aux organes circulatoires et respiratoires, la paralysie a été améliorée d'une façon presque immédiate et guérie très rapidement par l'injection en huit jours de 110 centimètres cubes de sérum, en cinq injections.

On pourrait objecter ici que les paralysies avaient une tendance à la guérison spontanée, puisque les paralysies du voile, de la langue et même des yeux avaient guéri sans traitement ; toutefois la paralysie des membres ne manifestait aucune tendance à la régression ; elle semblait même s'aggraver si bien que, pour la malade complètement immobilisée depuis plus d'un mois, il s'est agi d'une véritable résurrection.

Il importe de remarquer que les paralysies généralisées doivent être considérées comme graves : la terminaison fatale n'est pas rare, puisque l'année dernière Haushalter a observé 11 cas de paralysies diphtériques non traitées par le sérum, avec 4 morts, soit une mortalité supérieure à 33 p.c.

Le traitement des paralysies diphtériques par les injections de sérum antitoxique est de date récente. C'est

surtout Comby qui s'est fait l'ardent défenseur de la méthode, en apportant des observations probantes qui entraînaient la conviction de ses collègues. Netter n'a pas tardé à suivre cet auteur dans cette voie.

D'après les conclusions formulées par Comby, tout malade, atteint de paralysie diphtérique ancienne ou récente, quelle que soit sa forme ou sa localisation, doit être immédiatement soumis aux injections de sérum antidiphtérique, qui seront répétées 3, 4 ou 5 jours de suite suivant la gravité des cas. Les doses employées seront de 10 à 20 centimètres cubes par injection, en tout 60, 80 centimètres cubes et même beaucoup plus, comme l'ont fait d'autres auteurs. Cette sérothérapie n'offre aucun inconvénient.

L'alimentation au début de la convalescence de la fièvre typhoïde

(Langlois)

Pendant les premiers jours du début de la convalescence, il est bon de laisser au malade le régime qu'il avait pendant la maladie.

Le lait et le bouillon seront donnés avec des tisanes diurétiques (queues de cerise) pendant ces trois ou quatre jours d'apyrexie complète. On peut, si l'on veut, le quatrième jour, augmenter légèrement la proportion de bouillon.

Le cinquième jour, au repas du matin et à celui du soir, le malade pourra prendre un œuf peu cuit ou crû, mais sans pain. Le sixième jour, on pourra lui en faire absorber trois dans les mêmes conditions. Si le malade réclame impérieusement du pain, on pourra lui donner un petit morceau d'échaudé qu'il trempera en mouillettes dans son œuf et qu'il avalera après l'avoir bien humecté. On donnera avec avantage la valeur d'une cuiller à soupe de vieux vin de Bordeaux rouge après l'absorption de chaque œuf.

Le septième jour, si la courbe de température ne monte pas et reste normale, on pourra ajouter au repas du matin un poisson maigre bouilli. L'échaudé servira de pain ; on continuera les œufs et le lait, on diminuera la quantité de bouillon.

Le huitième jour, même régime avec fruits cuits, sans pépins ni noyaux.

Enfin, le neuvième jour on pourra autoriser la viande à un repas, celui du matin de préférence, blanc de poulet ou côtelette ou viande crue.

Vers le quatorzième jour, on pourra donner un ré-

gime un peu plus large, se rapprochant de celui communément prescrit aux dyspeptiques : œufs à la coque, poissons bouillis, viandes blanches ou grillées, laitage, fruits cuits. Il sera bon d'ajouter au régime la valeur d'un verre après chaque repas de vieux vin de Bordeaux

Régime de l'enfant constipé

Comby

La constipation est fréquente, même chez les enfants nourris au sein ; elle peut indiquer l'insuffisance du lait et coïncide avec une perte de poids ; le lait est trop peu abondant ou trop maigre ; le changement de nourrice ou l'allaitement mixte pourront être efficaces. Si la nourrice est elle-même constipée, on lui donnera une alimentation moins carnée, moins farineuse, moins sucrée ; on lui fera manger des légumes verts, des salades cuites, du pain complet, des compotes de fruits (pruneaux ou prunes, pommes, pêches, abricots, etc.). Pas de bonbons, ni gâteaux, ni vin pur, ni liqueurs.

L'enfant est-il au biberon, on coupera le lait à 1/5 ou 1/4 avec de la décoction d'orge ou de gruau de blé, on le sucrera avec de la lactose. On s'informerait de la nourriture des vaches qui fournissent le lait ; à une alimentation de fourrages secs et céréales, on ajoutera les fourrages verts.

Quand l'enfant est sevré, on s'abstient de lui donner ces bouillies sucrées : on insistera sur les panades à l'eau et au beurre, sur les soupes aux légumes, sur les purées de légumes secs et verts, sur les œufs, sur les farines maltées : après le repas on donne une ou deux cuillerées, à café de fruits cuits ou salades cuites (chicorée, laitue, cresson, feuilles de salsifis). Mais surtout on prendra garde à l'abus du lait, agent de constipation très puissant.

Voici un enfant de dix-huit mois à deux ans, qui prend 1 litre et demi, 2 litres de lait par jour, soit en nature, soit avec ses bouillies ou soupes. Il est très constipé. On ramènera la quantité de lait à ce qu'elle doit être à cet âge, à un demi litre par jour : aux bouillies sucrées à bases de lait on substituera les panades à l'eau et au beurre, les soupes grasses ou maigres, le pain d'épice, le pain de Graham, les potages gras à la farine de pain complet, etc. Comme boisson, l'eau pure : le jus de raisin pur ou coupé d'eau. La constipation finit par céder.

Alimentation des enfants, Rueff.

Des Névralgies de l'appareil Génito-Urinaire et de leur traitement, par les courants de haute fréquence

(M. D. Courtade)

L'électricité peut être employée sous différentes formes dans le traitement des névralgies. J'ici même, l'année dernière, insisté sur le traitement des névralgies vésicales par les courants continus. J'étudierai aujourd'hui quel est le mode d'action des courants de Haute fréquence dans le traitement des névralgies de l'appareil génito-urinaire.

Les courants de Haute fréquence constituent un des agents les plus actifs pour agir sur les phénomènes névralgiques dont les divers organes peuvent être le siège.

1o Ils peuvent d'abord agir sur l'état général. Tout le monde connaît l'action très active de ces courants sur la nutrition en général. Les échanges respiratoires sont augmentés, la sécrétion urinaire activée ; il y a augmentation de l'élimination des matières extractives, de l'urée ; la toxicité de l'urine est augmentée. Il en résulte un relèvement de l'état général et on peut ainsi agir dans beaucoup de cas, par exemple chez les neurasthéniques, sur la cause principale de la névralgie.

2o Les courants de Haute fréquence peuvent aussi agir sur la névralgie elle-même et cela de plusieurs manières :

a) Il peut y avoir action anesthésique directe sur les nerfs et leurs terminaisons. Sous l'influence, soit des effluves, soit de l'application directe, les tissus deviennent moins excitables. On connaît l'action en quelque sorte spécifique de la Haute fréquence sur la fissure à l'anus et sur les prurits ;

b) Les phénomènes congestifs superficiels et profonds sont favorablement modifiés. Ces phénomènes peuvent, dans beaucoup de cas, sinon produire la névralgie, du moins faciliter sa localisation et augmenter la fréquence des accès. Les courants de Haute fréquence agissent ici soit par action vaso-motrice directe, soit par action vaso-motrice réflexe ;

c) Les phénomènes spasmodiques, qui accompagnent si souvent les névralgies, disparaissent ordinairement sous l'influence de ces courants, surtout dans les névralgies vésico-urétrales.

En résumé, les courants de Haute fréquence ont quatre actions principales.

1o Ils favorisent le relèvement de l'état général ;

2o Ils anesthésient les nerfs :

3o Ils modifient favorablement les phénomènes congestifs :

4o Ils font disparaître les spasmes.

J'ai appliqué ces courants aux diverses névralgies atteignant l'appareil génito-urinaire. Ils réussissent surtout chez les neurasthéniques. Il faut remarquer en effet que, chez ces malades, en dehors des deux grands stigmates sensitifs, la céphalée et la rachialgie, on voit apparaître dans les organes innervés par le sympathique des phénomènes d'hyperesthésie qui apportent un trouble profond dans la cinesthésie. À l'état normal toutes les fonctions de la vie organique se font dans le silence sensitif le plus complet : notre cœur bat, notre estomac fonctionne sans que nous nous en apercevions. Il n'en est pas de même chez ces malades : le fonctionnement des organes de la vie végétative est souvent perçu et fait naître des impressions vagues quelquefois très pénibles. De la simple hyperesthésie à la névralgie, il n'y a qu'un pas et ce pas est rapidement franchi, si la moindre congestion, la moindre petite lésion vient à atteindre l'organe déjà en imminence de douleur.

Il convient en outre de vous faire remarquer que l'état psychique spécial de ces malades tend à augmenter les phénomènes douloureux déjà existant.

Il n'est pas étonnant que, chez ces sujets, l'électricité agisse souvent d'une manière si rapide, étant donné les propriétés signalées plus haut des courants de Haute fréquence.

Les névralgies qui m'ont paru céder le mieux sont surtout les névralgies rénales, lorsqu'elles accompagnent le rein flottant : les névralgies vésico-urétrales, surtout chez la femme, les névralgies utérines et ovariennes, les névralgies péniennes. J'ai pu traiter dernièrement un cas de cavernite scléreuse, accompagnant un rétrécissement déjà opéré, et ayant déterminé une urétralgie très intense et des érections nocturnes très pénibles. Ces phénomènes ont rapidement cédé à des effluves intenses localisés sur la région douloureuse. L'induration du corps caverneux a en même temps diminué notablement de volume.

Technique.—Pour traiter l'état général on peut employer soit la cage d'auto-conduction, soit le lit condensateur.

Comme traitement local, on peut employer les effluves plus ou moins nourris, comme dans les urétralgies, les névralgies testiculaires.

Mais le plus souvent on fera des applications directes.

Une grande électrode humide sera placée sur la région dorsolombaire et sera mise en rapport avec un des pôles du résonateur Oudin. L'autre pôle, ou pôle actif, consistera soit en une plaque humide appliquée sur la région douloureuse, comme dans la névralgie rénale, soit en une électrode appropriée à la région traitée.

Dans les cas de névralgie urétrale, on peut se servir d'un simple béniqué mis en rapport avec le pôle supérieur du résonateur.

Dans les névralgies utérines le pôle actif consistera en une électrode de Tripier placée dans la cavité cervicale.

Dans les névralgies vésico-urétrales on peut aussi choisir chez la femme la voie vaginale et chez l'homme la voie rectale. Le pôle actif consistera alors soit en une électrode nue de Doumer, soit dans l'électrode condensatrice du Dr Oudin.

Hémiplégie pleurétique

MM. P. Lereboullet et A. Fournay rappellent qu'au cours des pleurésies, et surtout après thoracentèse, on peut observer des accidents nerveux divers et notamment des hémiplégies : celles-ci, souvent passagères, ont été considérées comme étant souvent de nature réflexe, rapprochées de paralysies fonctionnelles et regardées dans quelques cas comme relevant de l'hystérie. Un cas, récemment suivi par MM. Lereboullet et Tournay montre que, même lorsque l'hémiplégie est bénigne et passagère, elle peut relever d'une cause organique.

Chez un malade atteint de pleurésie séro-fibrineuse, une thoracentèse évacue 1,200 grammes de liquide nécessitée moins par les signes objectifs pleuraux que par les symptômes d'asthénie cardiaque secondaire ; quatre jour plus tard, à la suite d'un ictus, le malade devient hémiplégique, mais cette hémiplégie reste très atténuée et les symptômes moteurs disparaissent rapidement. Malgré cette bénignité apparente, la recherche des signes décrits par M. Babinski montre des signes positifs d'hémiplégie organique : signe du peaucier, flexion exagérée de l'avant-bras sur le bras, signe de l'orteil, signe de l'éventail. Ces signes disparaissent eux-mêmes après quelques semaines.

Les conditions dans lesquelles est survenue cette hémiplégie organique curable permettent de la considérer comme due vraisemblablement à une embolie minime, elle peut être aussi rapprochée des hémiplégies passagères survenant chez des cardiaques, et, comme elles, attribuée à des modifications circulatoires cérébra-

les résultant ici de la disparition brusque du liquide pleural ; ce fait serait alors comparable à un cas de MM. Acharà et Rancard où l'hémiplégie survint à la suite d'une polyurie ; qu'elle soit liée à une embolie ou à des troubles circulatoires cérébraux, il s'agit d'une hémiplégie organique et, non malgré l'apparence clinique, d'une hémiplégie fonctionnelle ou réflexe.

Action de l'arsenic sur le sang et les organes hématopoiétiques

Dr Louis Bloch (Thèse Paris, 1908)

L'arsenic est un poison du sang. Il exerce sur les différentes cellules du sang et des organes hématopoiétiques, une action destructive, nécrosante, qui se traduit dans le sang circulant par une baisse quantitative des éléments, et dans les organes hématopoiétiques par des lésions dégénératives et par des phénomènes d'ordre macrophagique.

Cette destruction fait place *secondairement*, au cours de l'intoxication aiguë, à un processus de rénovation intense, et tel, pour ce qui est des hématies, que le taux globulaire remonte généralement à ce moment plus haut que le chiffre initial.

Dans l'intoxication chronique, les deux processus de destruction et de réparation évoluent simultanément.

Anatomiquement ils se traduisent, le premier par des phénomènes d'ordre macrophagique pouvant amener au niveau de la rate, des lésions de *sclérose pigmentaire* ; le second par une réaction médullaire totale, une activité myéloïde intense de la rate et des ganglions, et une hyperplasie des follicules spléno-ganglionnaires.

L'état du sang reflète la lutte de ces deux processus. Au début, si les doses sont faibles, l'activité réparatrice peut l'emporter sur la destruction cellulaire, et l'on assiste à une courte période de *polyglobulie* . Puis la déglobulisation l'emporte et l'on voit se produire un syndrome analogue—en moins accusé—à l'anémie pernicieuse humaine orthoplastique.

Hémotoxique, l'arsenic n'est pas à proprement parler hémolytique. Il n'exerce pas d'action appréciable sur les hématies *in vitro* . Il les altère dans l'organisme.

Quant à la rénovation cellulaire, secondaire à la destruction que produit l'arsenic, elle nous paraît être fonction, non d'une action directe du poison sur les organes hématopoiétiques, mais de la destruction cellulaire même qui l'a précédée.

Cette activité rénovatrice, si elle n'est pas primiti-

vement et directement causée par l'arsenic, n'en est pas moins constante et intense. Elle nous paraît suffisante pour légitimer le rang que l'observation clinique donne à l'arsenic parmi les agents thérapeutiques des anémies. L'arsenic vient ainsi se placer au milieu des médications secondaires excitatrices de l'hématopoïèse, tout à côté de la radiothérapie.

Sur un signe précoce de cardiopathie au cours du rhumatisme articulaire aigu

E. Jossierand, Lyon Médical, 17 novembre 1907.

Au cours du rhumatisme articulaire aigu, on observe souvent le syndrome suivant :

1o Dans le deuxième et troisième espace intercostal gauche, éclat du second temps, bruit diastolique d'entoumé, à la fois clangoreux, râpeux et impulsif.

2o Simultanément ou peu après petit frottement péricardique systolique, faible et limité siégeant au même niveau.

3o Soulèvement systolique et éclat diastolique à la main.

L'auteur fait observer que cet éréthisme au niveau de l'infundibulum n'est pas dû à la fièvre, car il dure beaucoup plus qu'elle ; il n'est pas en rapport avec la péricardite, car on n'observe pas de signes analogues dans les péricardites généralisées, et de plus le frottement disparaît bien avant l'éclat diastolique. L'auteur pense qu'il y a là une véritable " infundibulite " avec réaction péri-cardique de voisinage.

Ce syndrome est souvent précurseur d'accidents cardiaques péricardite étendue, ou endocardite. D'où l'indication de la révulsion et du salicylate à dose élevée.

Indications et contre-indications des balsamiques, des injections et lavages dans la blennorrhagie aiguë

Deux choses sont à éviter : de donner des balsamiques d'une façon trop précoce ; de donner des injections ou lavages d'une façon intempestive, dit Rajat (de Vichy) dans la *Province Médicale* .

Les balsamiques doivent être donnés tardivement, au déclin de la maladie, c'est-à-dire vers la sixième semaine, lorsqu'il ne reste plus ou presque plus de gonocoques dans l'écoulement urétral. On peut alors par de hautes doses doublées et fractionnées, obtenir la cessation complète de l'écoulement en une huitaine de

jours. Lorsque celui-ci a cessé, au moins en apparence, il est prudent de continuer le traitement pendant une quinzaine de jours en l'arrêtant peu à peu. Au contraire, l'emploi trop précoce et intempestif des balsamiques amène une rétention gonococcique nuisible à la guérison de la maladie et susceptible même d'amener des complications.

Il ne faut pas non plus employer trop tôt les injections et les lavages, ni les employer à trop fortes doses. L'auteur est d'avis de laisser passer la période aiguë et de ne donner des injections qu'au bout de quinze à vingt jours. Dès le début, les injections atténuent bien l'écoulement, mais celui-ci persiste ensuite beaucoup plus longtemps à l'état subaigu.

Quant aux grands lavages, ils ne doivent être faits que par le médecin. Ils exigent beaucoup de docilité de la part du malade et une hygiène de repos très sévère. Leur emploi précoce expose aux cystite, prostatite, orchite.

On doit se borner à employer les injections et les lavages durant les troisième et quatrième semaines avec des solutions antiseptiques et ne prescrire des médicaments astringents et réducteurs qu'en même temps que les balsamiques.

La médication antiphlogistique reste la meilleure dans le traitement de la blennorragie aiguë. Si le malade est docile et n'a fait aucun traitement capable de contrarier l'écoulement urétral, il est à peu près certain de guérir complètement en cinq ou six semaines, sans aucun reste de goutte au méat.

En résumé, pendant les vingt premiers jours : repos, suspensoir, continence stricte, régime sévère. Bains prolongés, lavages externes fréquents. A l'intérieur, salicylate de soude, 2 gr. 50, salol, urotropine ; s'il y a lieu, camphre, bromure, opium.

Au bout de trois semaines, quand l'écoulement est devenu blanc, injections de permanganate de potasse à 0,25 p. 100. Dix jours plus tard, l'écoulement ayant presque disparu, on donne l'opiat, ou, si le malade ne peut le prendre, du santal en suppositoire, des capsules de copahu, etc.

E. St-JACQUES.

Les oblitérations blennorragiques de l'épididyme et leur traitement

Combien de fois des blennorragiques nous ont-ils posé cette question : pourrai-je avoir des enfants ? Une des dernières cliniques que nous ayons entendues du

vieux maître de La Charité, la Prof, Tillaux, portait sur ce point capital à la vérité pour quelques uns.

Pour lui, l'épididymite et l'orchite *syphilitiques* conduisent à la stérilité, généralement permanente ici. Tandis que celles d'origine gonococcique, n'amènent d'habitude qu'une stérilité temporaire.

Delbet et Chevassu étudiaient dernièrement (*Rev. Chir. Mai 1908.*) cette question de pathologie.

Pour eux aussi, l'oblitération de l'épididyme est une conséquence fréquente de l'infection gonococcique : elle n'entraîne pas l'atrophie du testicule, puisque, dans bien des cas, cette oblitération n'est que passagère et que les spermatozoïdes reparaissent dans le liquide éjaculé au bout d'un temps plus ou moins long. Dans le cas d'oblitération, le malade n'éjacule que du liquide prostatique ; la quantité éjaculée, l'érection, l'éjaculation, conservent les mêmes caractères, mais il n'y a pas de spermatozoïdes. Cliniquement on constate un noyau au niveau de la queue de l'épididyme, de la dilatation de l'épididyme audessus de la sténose. Mais le testicule conserve encore plusieurs années après l'oblitération la faculté de produire des spermatozoïdes.

Si l'oblitération persiste et avec elle la stérilité, ces auteurs recommandent d'anastomoser le canal déférent au-dessous de la sténose avec l'épididyme ou le testicule.

E. SAINT-JACQUES.

Contribution à l'étude de l'immunité anti-tuberculeuse. Réinoculations négatives

. MM. Jules Courmont et-Lesieur. Une première inoculation tuberculeuse en évolution rend impossibles des réinoculations. La réinoculation, après quinze jours, dans un autre point du corps, reste négative. Sous cutanée elle ne donne qu'un abcès local ; transcutanée, elle ne donne rien ; en aucun cas, les ganglions ne sont pris. jamais la généralisation ne se produit. Il y a donc une immunisation ; cependant, la première inoculation continue son œuvre et la mort arrive avec généralisation. Il suffirait, pour obtenir la vaccination tuberculeuse, de rendre inoffensive la première inoculation. En outre, elle tendrait à faire penser qu'un tuberculeux ne se réinocule pas et qu'il supporte toute sa vie le poids de sa première infection, qui, elle, peut toujours se généraliser. Autant de points très importants soulevés par ces résultats expérimentaux.

