

SOMMAIRE

Medecine Interne

Un cas de l'Hypertension Arterielle Permanent par Pheochromocytome chez un Jeune Homme.....

.....A. Rafat

Un cas d'Urticaire Sévère après traité a, l'Erythromycine

.....A.S. Prasad

Chirurgie

Un cas de Microlithiase Pulmonaire chez un Homme de 30 ans.

.....S. Sarkissian

A Propos de Brûlures Oesophagiennes et leur Traitement Operatoire, Presentation de Deux Cas.....

.....M. Mir & A. Mir

Neurochirurgie

Hemispherectomie; Rapport de Dix Cas.....

.....N.O. Ameli

Parasitologie

Clés de Determination des Anopheles en Iran.....

.....E. Shahgudian

Serologie

Influence de Quelques Facteurs sur le Réaction de Fixations de Complement de la Syphilis.....

.....H. Mirdamadi

L'HYPERTENSION ARTERIELLE PERMANENTE PAR PHEOCHROMOCYTOME CHEZ UN JEUNE HOMME DE 25 ANS.

Par

A. Rafat 1

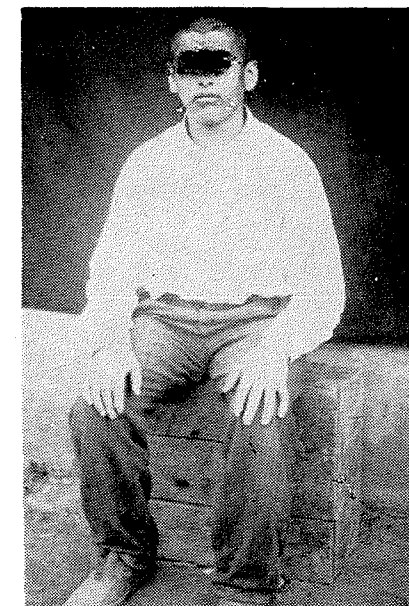
L'apparition de l'hypertension permanente par suite d'accès d'hypertension paroxystique est une question classique et bien connue.

Récemment on a connu des hypertensions d'emblée permanentes dues à une tumeur chromaffine medullo-surrenale ou de siège abérrant.

Cette étude nous offre l'occasion d'élargir le domaine de la guérison des hypertensions curables. Ces hypertensions permanentes par surrenalomes constituent au moins la moitié des cas. Nous sommes donc face à des problèmes délicats qui nous paraissent intéressants au point de vue clinique, thérapeutique et physiopathologique.

La permanence de l'hypertension artérielle est inexplicée; car jamais experimentalement les perfusions d'adrénaline ou de noradrénaline même prolongées n'ont crée une hypertension durable. Daucuns ont émis l'hypothèse d'une hypertonie des centres nerveux diencéphaliques ou de l'axe anté-hypophyso-cortico-surrénal.

Il semble plus logique d'admettre l'action d'une substance pressive car:



1) Prof. Agr; à la Faculté de Medecine de Tehran

1/. Les urines de ces malades contiennent en permanence un taux très élevé de catécholamines;

2/. L'injection de régitine entraîne toujours la chute tensionnelle et l'ablation de la tumeur ne peut être pratiquée sans perfusion de régitine sous peine d'accidents hypertensifs mortels:

3/. L'ablation de la tumeur doit être immédiatement suivie d'une perfusion de noradrénaline, sans laquelle se produit un collapsus irréversible;

4/. Seule, l'ablation de la tumeur entraîne la guérison et celle-ci est totale et définitive.

Mais la guérison n'est pas constante (7 échecs sur 12 exérèses pour Goldenberg).

Les échecs peuvent avoir deux causes décelables présentement:

1/. Il est des phéochromocytomes multiples. Le chirurgien peut ne retirer qu'une tumeur alors qu'il en existe plusieurs.

2/. L'hypertension artérielle ne dépend plus de sa cause première, de même façon que l'hypertension artérielle secondaire à une lésion rénale unilatérale, peut-être par le fait des lésions rénales mécaniques, secondaires à l'hypertension artérielle.

Un cultivateur de 25 ans originaire de Rasht (Guilan) nous a consulté le 3 juin 1959 pour céphalée tenace, vertige, palpitation, sudoration pénible avec cyanose et le refroidissement des extrémités.

Dans ses antécédents familiaux il n'y a rien à signaler.

Ses maux de tête ont débuté il y a 3 ans suivis subitement par un coma profond avec hémiplegie droite pour laquelle notre malade est hospitalisé dans l'hôpital Cina Rasht. A ce moment là notre malade était condamné à mort mais après trois jours il a été sauvé tout en laissant comme séquelle une hémiplegie droite avec dysarthrie. Après cet accident notre malade était incapable de travailler.

A l'examen c'est un malade dont l'état général est bon qui souffre de vertige, palpitation et sudoration intense de telle façon que notre malade était toujours obligé de sécher son corps, la température est normale, il y a refroidissement avec la cyanose des extrémités sur lesquelles se trouvent quelques taches erythémateuses.

Le 2^e bruit du coeur est éclatant, les artères fémorales étaient bien battantes avec l'oscillométrie normale aux mollets, la tension artérielle était toujours aux environs 22/16 et une tachycardie de 96.

Outre une hypertension artérielle accompagnée de trouble vasomoteur nous constatons une dysarthrie avec hémiplegie droite, areflexie tendineux rotulien et Babinski du côté droit.

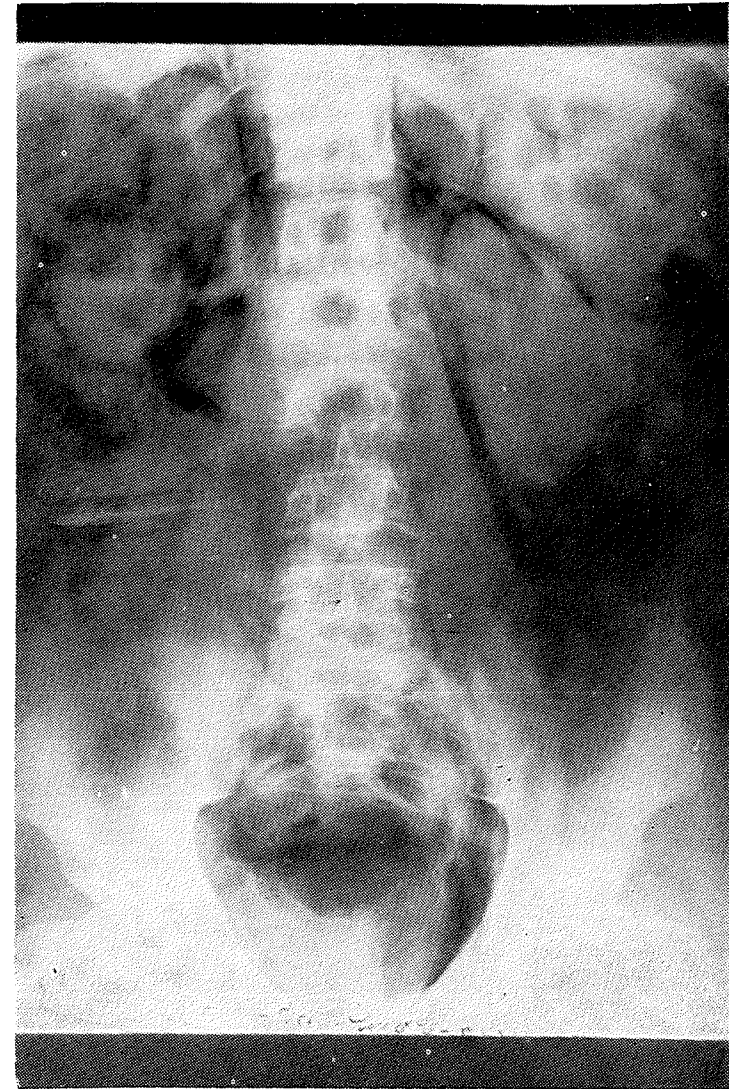


Fig 1

On aperçoit une énorme opacité au niveau de la surrenale gauche

Les examens suivants furent pratiqués:

Hémogramme: une légère hyperleucocytose avec une éosinophilie à 18%. Globule rouge 4 millions et le B.W. négatif.

L'examen du fond de l'oeil: les artères sont retrécies il y a le signe d'une retinite proliférante.

Cathécholamine urinaire: nous n'avons pas le moyen de la doser.

Urine: Normale

Urée sanguine: 0,46 gr

Glycémie: 1gr

Cholestrolémie: 2,1 gr.

Radioscopie: la clarté pulmonaire est normale, le ventricule gauche hypertrophié,

Electrocardiographie: le signe hypertrophie ventriculaire gauche.

L'urographie intraveineuse montrait une élimination parfaitement normale et un ptose rénal gauche.

Au retro-pneumo--peritoine on constatait une énorme opacité au niveau de la surrénale gauche qui était probablement la cause de ptose rénal gauche.

Devant ces diverses constatations, l'aspect normal des urographies intraveineuses, l'absence d'anomalie des urines, le caractère normal de l'azotémie, l'hypothèse d'une hypertension artérielle d'origine rénale est facilement éliminée.

La possibilité d'une sténose isthmique de l'aorte ainsi que l'hypoplasie rénale étaient supprimées.

Restaient donc en présence les hypothèses d'une hypertension par médullo-surrénalome, pour vérifier cette hypothèse, un test à la régitine fut pratiqué. Or ce test se montra très franchement positif après l'injection intra-veineuse de 1/4 d'ampoule de regitine. La T.A. qui était 24/11,5 avant le début de l'épreuve voyait sa maxima s'abaisser à 14 au bout de 2'.

La réponse du test à la régitine décida l'intervention. Nous avons demandé au professeur Vossoughi l'ablation de la tumeur. L'intervention a décidé du côté gauche et en voici le protocole:

"Incision latérale sous-costale, ouverture de la loge rénale et exploration qui révèle sur le pôle supérieur du rein une masse de la grosseur d'un oeuf, encapsulé que l'on dissèque et enlève.

L'intervention se déroula avec incident aussitôt après l'ablation de la tumeur la tension artérielle s'abaisse considérablement la maxima se maintient entre 7 et 6. Dans les suites opératoires on pratiqua des injections de noradrénaline et soludacortine mais sans avoir à com-

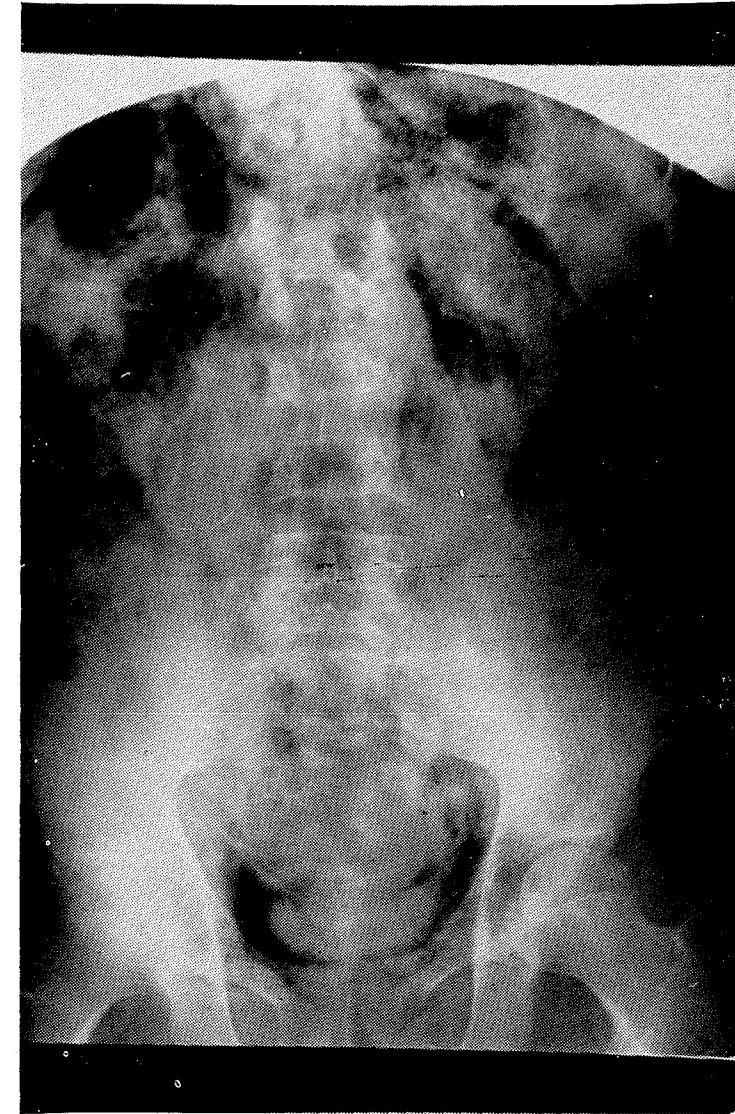


Fig 2

On aperçoit une énorme opacité au niveau de la surrénale gauche

battre. à aucun moment, un état d'hypotension ou de collapsus menaçant. Notre malade meurt, 1/5 heures après ablation de la tumeur.

Pendant ces trois dernières années, nous avons eu 157 cas retro pneumo-peritoine chez les malades hypertendus et rénaux c'est pour la première fois que nous avons trouvé une tumeur d'origine chromafine.

L'EXAMEN DE LA PIECE

L'examen macroscopique de la pièce opératoire présente l'image d'une tumeur encapsulée, au diamètre 7cm. et poids 33 gr.

La capsule est mince et se décolle facilement de la masse tumorale. La surface extérieure, de la tumeur paraît lisse mais lobulée et de couleur brune.

La tranche de section est polychrome et on peut y remarquer des foyers nécrotiques limités, à diamètre 1-1,5 cm.

Comme fixateur, on a choisi la solution de Helly.

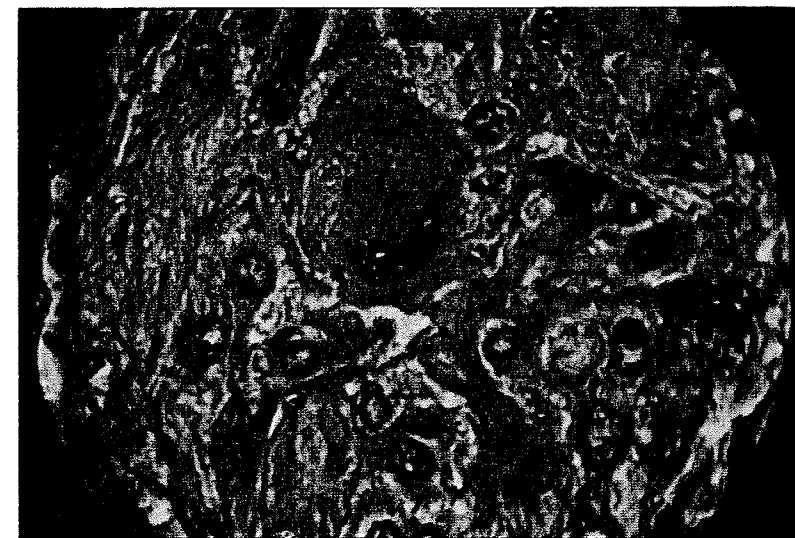
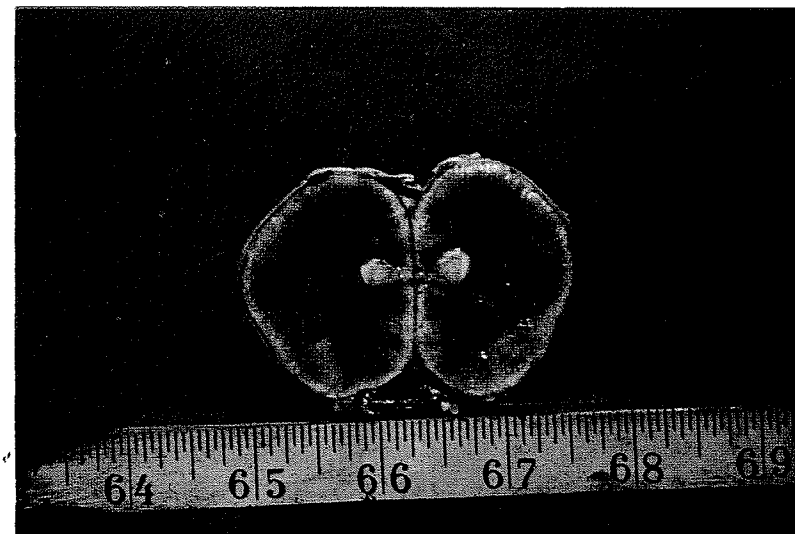
L'examen histologique des fragments prélevés au niveau de la masse tumorale présente l'image d'un trame conjonctivo-vasculaire finement aréolaire, encerclant les amas cellulaires. Les cellules sont de formes variées sans membrane nette, à noyau, riche en chromatine et protoplasme grainu, coloré en noir par hématoxiline ferrique. Par place les cellules sont excessivement grosses du type géant, et quelques unes mitotiques.

Dans quelques parts on peut remarquer des sinusoides, contenant des hématies; et limités par des cellules tumorales.

Les foyers nécrotiques paraissent frappantes dans toute l'étendue de la masse tissulaire. Par place les cellules tumorales, formant des cordons cellulaires typiques paraissent; fusiforme.

Pour cette raison, c'est - à dire, la présence des cordons cellulaires et des lobules, sinusoides et manchons fibreux périlobulaires d'un part, et la présence des granulations noirâtres intra cellulaires d'après la fixation de Helly, d'autre part, il me semble qu'il s'agit d'un phéochromocytome.

DR. ARMIN



R é s u m é

L'auteur expose l'observation d'un jeune homme de 25 ans présentant une hypertension artérielle permanente; le diagnostic de phéochromocytome fut affirmé par une énorme opacité au niveau de la surrenale gauche et un test à la régitime franchement positif. La tumeur fut enlevée et le malade meurt 1/5 heures après l'opération dans un état choc et collapsus.

Le rétro-pneumo-péritoine est un examen très utile pour le diagnostic des phéochromocytomes, mais son interprétation peut être très difficile. Par contre les tests pharmacodynamiques sont des tests simples et de grande valeur dont la positivité permet d'affirmer l'existence d'une tumeur sécrétant de l'adrénaline. Parmi ces tests l'épreuve à la régitime mérite une mention particulière par sa fidélité et son innocuité.

La thérapeutique de ces tumeurs ne peut être que chirurgicale l'intervention est grevée d'une assez lourde mortalité liée à des accidents opératoires d'hypertension paroxystique ou à un collapsus post-opératoire. Si ces accidents sont évités, l'intervention entraîne une guérison complète et définitive.

S u m m a r y

A case of pheochromocytoma in a man of 25 with permanent hypertension is described.

The value of Regitine Test and retroperitoneal radiography in diagnosis is emphasized. Diagnosis had been confirmed by surgery and histological examination of the mass.

B i b l i o g r a p h i e

- 1 - BONNIN (H), Dubourg (G), MORRETTI (G), et PENE (P.) phéochromocytome surrenale cure chirurgicale. Considération sur, E.G.G. l'évolution par poussées et les sequelles vasculaires et rénales, Presse médicale 1952, 60 1773, 1774.
- 2 - Bickel (G.) et Odier (J.) - Genève-Rapports Présentés au XXIXe congrès Français de Médecine.
- 3 - GIRAUD (P), SALMON (M), BERNARD (R), ORSINI (A) HEURTEMATTE (A) et RAYBAUD (C) la Semaine des hôpitaux No 42- 4316, 1956, 2435, P- 345.
- 4 - GOLDENBERG (M), humoral and neurogenic Factors, Ciba Fondation Symposium.
- 5 - LAROCHE (C) et REBOUL - La Semaine des hôpitaux No 243, 1956 1353, S. P. 109.
- 6 - MILLIEZ (PAUL), La revue du Praticien, Tome X, No. 2. 1960 P. 130.

SEVERE URTICARIA FOLLOWING ERYTHROMYCIN THERAPY

Anada S. Prasad, M. B., B. S., Ph. D.,

Visiting Associate Professor of
Medicine, Shiraz Medical Center
Nemazee Hospital, Shiraz, Iran

Untoward reactions to erythromycin are uncommon and usually of little consequence. Mild gastrointestinal symptoms have been reported from the use of this antimicrobial. Intramuscular injection may cause induration and discomfort at the site and topical application rarely causes irritation. The allergenicity of this drug is believed to be of low degree (Goodman & Gilman, 1955).

The purpose of this paper is to report an instance wherein erythromycin caused urticaria so severe that therapy was stopped.

Report of a Case

A 24 year old man was admitted to Nemazee Hospital because of difficulty in walking of 4 months duration. After a complete work-up an operation for herniated intervertebral disc was performed. Post operatively the patient received penicillin and streptomycin for prophylaxis but fever developed 10 days later. On 2 occasions the blood culture was positive for coagulase positive, Staphylococcus albus (sensitive to all antimicrobics except polymyxin). On 14th day the site of surgical wound was reopened and pus exuded. Two days later glycosuria was discovered. The diabetes was controlled with 40 to 45 units of NPH insulin daily. Since the infection failed to respond to penicillin, on 18th day postoperatively, it was discontinued and 250 mg. erythromycin was given four times daily. The next day severe urticaria and itching appeared and the drug was stopped. An intradermal skin test was performed by injecting 0.2 ml. of a solution containing erythromycin (250 mg. in one liter of normal saline) and marked erythema was noted within 24

hours. Since the previous test revealed the staphylococcus to be sensitive to penicillin, it was again given in amounts of 1 million units, intravenously twice a day and 600,000 units intramuscularly every 6 hours for a week. The urticaria and itching disappeared after Histadyl 10 mg. intramuscularly was administered and erythromycin was discontinued. Since fever continued unabated, it was decided to administer novobiocin 1 gm. a day, on 26th day postoperatively. Two days later the patient developed signs of splenic infarction or abscess. A splenectomy was performed but massive pulmonary infarction and death occurred two days later.

Discussion and Summary

Erythromycin is believed to cause no serious reactions after large doses, nausea, rarely vomiting and occasionally abdominal pain and diarrhea may occur, (Herrell, 1954). According to Kagan and Faller (1955) no allergic reaction to erythromycin has been reported. Phlebitis and thrombosis have been observed, (Shoemaker & Yow, 1954). In a report by Solomon and Johnson, (1955) toxic reactions were recorded as being uncommon. In a large series of cases, only one patient had a rash, another had fever possibly due to the drug, one had nausea and vomiting and 4 had loose bowel movements while under therapy. Among the 122 patients treated with erythromycin, therapy was stopped owing to side effects in only one.

My patient had severe urticaria within 24 hours of beginning therapy with erythromycin and a positive skin test was observed. It was believed to be an allergic reaction caused by the drug.

R é s u m é

Il semble que l'Erythromycine ne produit pas de réactions sérieuses. Nausée, rarement vomissement et occasionnellement de douleurs abdominales et des diarrhées peuvent apparaître après l'administration de doses massives (Harrel, 1954). Selon Kagan et Faller (1955) aucune réaction allergique due à l'Erythromycine a été rapporté. Des cas de phlébite et de thrombose été observé. (Shoe Maker & Yow, 1954). Dans un rapport fait par Solomon et Johnson (1955) les réactions toxiques sont considérées comme inhabituelles. Dans une large série de cas, un seul patient avant une éruption, un autre de fièvre probablement due au médicament, un malade avait des nausées et des vomissements et 4 malades présentaient des diarrhées pendant l'administration de médicament. Parmi les 122 patients traités à l'Erythromycine, dans un seul cas on a dû arrêter la thérapeutique à cause de l'intolérance médicamenteuse.

Mon malade avait dans les 24 h. de l'administration, un urticaire sévère et le test cutané était nettement positif. Il semble qu'il s'agissait d'une réaction allergique due au médicament.

The author is grateful to Dr. Hobart A. Reimam, M.D. Chief, Department of Medicine, Nemazee Hospital for helpful criticism and review of the manuscript.

References

- 1 - Goodman, L.S. and Gilman, A. (1955) The Pharmacological Basis of Therapeutics (second edition), The Macmillan Company, New York P. 1399.
- 2 - Herrell, W.E. (1954) Med. Clin. N. America (Mar) P. 596,
- 3 - Kagan, B.M., and Faller, L. (1955) Med. Clin. N. America. (Jan) P. 111.
- 4 - Shoemaker, E.H. and Yow, E.M. (1954) AMA Arch Int. Med. 93,397.
- 5 - Solomon, S., and Johnson, B. (1955). Am. J. Med. Sc., 230,6'0.