

nus du pied, diminution considérable du réflexe crémastérien. La sensibilité n'a pu être examinée.

Le malade est resté dans cet état pendant près d'un mois. Puis un jour sa température dépassa 38° et son bras gauche se paralysa. Dans l'idée qu'il pouvait s'agir d'une lésion cérébrale localisée, abcès ou toute autre production pathologique, on pratique une trépanation dans la région de la circonvolution centrale du côté droit. La dure-mère incisée, on ne trouva rien d'anormal ; deux ponctions donnèrent un résultat négatif. Le malade succomba le lendemain.

L'autopsie faite par le professeur Jores donna un résultat négatif. On ne trouva ni abcès ni tumeur. Le cerveau, à l'œil nu, puis à l'examen histologique, ne présentait pas la moindre lésion. Cœur, poumons, viscères abdominaux, examinés avec le plus grand soin, n'offraient non plus rien de pathologique. Il a donc été impossible d'expliquer la mort de ce malade ni d'attribuer un substratum anatomique au syndrome qu'il avait présenté.

La décapsulation des reins dans la maladie de Bright et les résultats immédiats et éloignés dans 102 cas traités

Le principe de la décapsulation des reins dans la maladie de Bright proposé par Edebohl (*Journ. of Am. med. Assoc.*, 1909, n° 3) est basé sur l'hypothèse que, par l'enlèvement de la capsule imperméable, il y a possibilité de formation de nouveaux vaisseaux entre les vaisseaux rénaux et les vaisseaux des tissus environnants. Grâce à une irrigation sanguine élevée et à l'activité accrue de la circulation, le travail du rein se trouve amélioré et finalement il se produit un retour à l'état normal. Après l'opération, il se forme, dans un temps relativement court, une capsule plus vascularisée.

L'indication pour cette opération est fournie par chaque cas de maladie de Bright chronique où il n'y a pas de con-