

*l'interciction, elles continuent par l'interciction ; elles finissent par l'interciction."*

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