

phlébites au bras droit remontant jusqu'à l'aisselle : enfin survient une paralysie de l'intestin, avec ballonnement du ventre, tympanisme, douleur. Ce malade enfin se lève la nuit et se remettant au lit, meurt subitement.

L'autopsie a démontré que l'hypothèse de cancer rejetée pour celle de la tuberculose était la bonne. On trouve un gros cancer de l'estomac occupant la partie sous-diaphragmatique, par conséquent impalpable en avant.

Reins : petits, granuleux, kystiques, adhérence de la capsule.

Cœur : classique du cœur rénal, hypertrophie du cœur gauche avec hypertrophie concomitante du cœur droit.

Cerveau : artères sclérosées, mais pas d'hémorragie.

Méninges : méningite chronique, diffuse, fibreuse, avec augmentation du liquide dans les ventricules.

Roumons : aucun signe de tuberculose. Au sommet du poumon droit, noyau de pneumonie suppurée, due à une embolie d'une branche de l'artère pulmonaire.

Nous aurions dû rejeter l'urémie, puisque les pupilles sont toujours contractées, jamais dilatées. Nous aurions dû rejeter la méningite chronique, puisque les pupilles sont plutôt dilatées que contractées.

On peut confondre le cancer et la néphrite à cause des symptômes gastriques qui se rencontrent dans les deux maladies.

Mais enfin comment expliquer la mort subite de notre malade ?

Sa mort subite peut s'expliquer par une embolie, quoiqu'on ne l'ait pas trouvée. Ordinairement la mort par le cerveau ne se fait pas d'une manière aussi rapide.

Il n'est pas toujours facile de dépister le cancer. Les quelques considérations que je me permettrai avant de terminer, vous feront voir quelques-unes des difficultés, contre lesquelles on peut facilement bûter.

1° Cancer latent. — La première catégorie de malades se présente avec perte de forces sans phénomènes dyspeptiques, léger amaigrissement, la maladie évolue sournoisement jusqu'à la fin ; souvent la maladie se juge par une hématomérose foudroyante.

2° Le malade se montre avec un anasarque causée par cancer profond.

D'autre fois c'est de l'ascite que l'on confond alors avec celle de la cirrhose ou de la péritonite tuberculeuse.

3° Quelques fois ce sont des troubles pulmonaires qui masquent un cancer de l'estomac. La toux est constante, on a de la pleurésie par propagation.

4° Symptômes cardiaques : œdème des jambes, etc. viennent compliquer le diagnostic. Cependant si on a affaire à un patient cachectique, avec œdème des jambes, sans explication raisonnable, on est en droit de penser au cancer.

Revue des journaux

MEDECINE

De l'albuminurie orthostatique.

par M. le Dr J. VIRE. (Th. de Lyon.)

Il existe une forme d'albuminurie dont la seule condition nécessaire et suffisante est la station debout.

Elle n'apparaît que chez des jeunes gens en apparence bien portants; elle n'est influencée ni par le régime ni par la fatigue, ni par la diète lactée. Elle n'est accompagnée d'aucun des troubles fonctionnels de l'albuminurie brightique.

La découverte en est fortuite et se fait par l'analyse méthodique des urines. La station debout immobile fait apparaître l'albumine à la première émission d'urine. La position horizontale la fait disparaître. L'albuminurie peut persister chez quelques sujets pendant la marche, mais celle-ci ne suffit pas ordinairement à la provoquer. Dans tous les cas, il n'y a jamais de troubles fonctionnels des autres organes pouvant expliquer la présence de cette albuminurie.

Au contraire, l'existence constante d'autres troubles vaso-moteurs, tels que la cyanose des extrémités ou le rhume des foins semble bien prouver l'origine nerveuse de ce phénomène.

L'examen urologique révèle un phénomène fluxionnaire avec catarrhe des voies urinaires par la présence de nucléo-albumine et de mucus dans les urines.

La quantité, la couleur et la densité des urines sont à peu près normales, cependant les urines seraient plutôt riches en sels (urates, phosphates et oxalates).

L'albuminurie est toujours en petite quantité, elle ne dépasse jamais un gramme. Il n'y a ni peptones ni albumine. La globuline est rare.

L'albumine de choix est la sérine, ce qui prouve bien l'origine rénale du processus.

Le diagnostic positif est très simple ; il suffit d'y songer pour le faire. Le diagnostic différentiel est facile aussi : les albuminuries brightiques, celles d'origine cardiaque, digestive, l'albuminurie tuberculeuse, la maladie de Pavy et enfin les albuminuries de fatigue s'en différencient nettement.