

bien l'albumine est fréquente,—voire même sur les glandes surrénales. Personnellement, je me suis attaché à l'étude de cette question depuis longtemps déjà. La grossesse touche volontiers les capsules surrénales ainsi que les expériences de Guieysse l'ont démontré. Cette atteinte est prouvée également par des faits d'observation clinique. C'est ainsi que, très souvent, les vomissements incoercibles sont dus à l'insuffisance des fonctions surrénales; la preuve en est que le traitement opothérapique peut suffire à les enrayer, ainsi que je l'ai montré, avec Lian, dans un travail antérieur.

Donc, au cours de la grossesse, l'insuffisance surrénale d'une part, la décalcification d'autre part, sont fréquentes: vous savez qu'il en est de même dans la tuberculose. Aussi, peut-on, à mon avis, attribuer quelque rôle à l'insuffisance surrénale dans l'évolution du processus de décalcification qui accompagne, cause ou favorise la tuberculisation. Et cette considération ne va pas sans entraîner une méthode thérapeutique qui mérite d'être connue et appliquée. Elle consiste à associer l'adrénaline au traitement de récalcification, ainsi que je me suis attaché à le proposer, à la suite des résultats encourageants que j'en ai obtenus. L'adrénaline amende l'insuffisance surrénale et, d'autre part, il semble qu'elle favorise la fixation des sels de chaux.

b) *Considération cliniques.* — A côté des considérations biologiques et expérimentales qui montrent l'influence de la grossesse sur la tuberculose, il faut tenir compte des faits cliniques.

La forme de la tuberculose, l'époque de la grossesse ou du post-partum sont deux facteurs importants.

1° *La forme de la tuberculose.* — S'il s'agit d'une tuberculose torpide à forme fibreuse, évoluant depuis des années sans réactions vives, la grossesse pourra n'exercer aucune influence: c'est parmi ces malades que se trouvent les cas favorables; ce sont généralement des multipares; elles peuvent être cavitaires, comme l'a montré Pinard.