

A travers les revues

Archives médicales belges, n° 11, novembre 1941 (Bruxelles).

« Le rein en ectopie croisée » (D^r A. Leruitte).

On appelle « ectopie rénale croisée » une malformation caractérisée par l'existence de deux reins d'un même côté de la colonne vertébrale, alors que les deux uretères débouchent normalement au niveau du trigone vésical. Par conséquent, l'un des uretères, celui du rein ectopique, doit nécessairement glisser devant la colonne vertébrale pour relier la vessie au bassinot correspondant. En 1936 pour la première fois en Belgique, un cas d'ectopie rénale croisée fut relaté par Schillings, médecin spécialisé en urologie. Leruitte a trouvé un nouveau cas en Belgique, qu'il décrit au point de vue de l'anatomie, des symptômes et du traitement.

De cette publication, très scientifique et détaillée, on peut tirer les conclusions suivantes : L'ectopie rénale croisée est une affection connue depuis longtemps, mais dont le diagnostic préopératoire ne se fait que depuis quelques années. La clinique ne permet pas de la reconnaître. La cystoscopie est sans utilité. La radiographie simple et l'urographie endoveineuse ne permettent qu'exceptionnellement de faire le diagnostic. La pyélographie rétrograde au contraire est le moyen idéal de diagnostic. Les complications de cette dysmorphose sont fréquents. Le traitement actuel consiste à enlever tout rein dystopique croisé, qu'il soit sain ou malade.

« L'organisation du service des transfusions de l'Institut de clinique et de policlinique médicales » (Professeur Brull).

Jusqu'au début 1940, l'hôpital universitaire à Liège prélevait les sangs pour transfusions, pour une majeure part, sur les donneurs universels recrutés par la Croix-Rouge, et pour une part plus faible sur les hypertendus hospitalisés. Tout hypertendu non cachectique se présentant à la policlinique subit un prélèvement de deux à cinq cents cm³. Après la saignée, le groupe sanguin et la réaction de Meinicke sont établis. Le sang est conservé dans des bocaux de Baxter, dans une glacière. Comme anticoagulant l'on se sert d'une solution de citrate trisodique à 5%. La durée de conservation est de 14 jours au maximum. Ce service fournit le sang à tout l'hôpital universitaire et à la maternité, soit à un total de 750 lits. *Th.*

Der deutsche Militärarzt, nos 7-11, 1941 (Berlin).

Ces numéros contiennent une série d'études de médecine et chirurgie de guerre, se basant sur les expériences de la guerre actuelle. Les articles consacrés au matériel sanitaire qui a été

A travers les revues

récemment introduit pour compléter l'équipement des différents échelons du Service de santé de l'armée allemande sont d'un intérêt spécial. Nous citerons ici les suivants :

Instrumentation pour le drainage de la cavité thoracique, destinée aux lazarets de campagne et aux « Kriegslazarette ». Assortiment spécial pour l'installation des stations d'autopsie, en campagne (voir n° 7, juillet 1941). Nouvelle trousse pour les officiers du Service de santé des troupes de montagne, contenant un jeu d'instruments de chirurgie, des médicaments et des articles de pansement. Instrumentation spéciale pour la névro-chirurgie, destinée aux groupes sanitaires de l'échelon Armée (voir n° 8, août 1941). Trousse pour les dentistes des compagnies sanitaires, permettant de donner les premiers soins dentaires à la troupe en campagne et de traiter les blessures maxillaires. Pour les grandes cliniques de dentisterie on vient d'introduire une nouvelle caisse contenant les outils qui sont nécessaires pour préparer les couronnes artificielles en acier employées à la place de couronnes en or ou platine (voir n° 10, octobre 1941). L'équipement des formations sanitaires a été complété: a) par un nouvel appareil pour la transfusion indirecte, permettant de transfuser une quantité de sang allant jusqu'à 400 cm³. Le même appareil peut être employé pour transfuser du sérum artificiel et du sang conservé. b) par un autoclave transportable, de 50 cm. sur 30 cm., contenant deux tambours où l'on dispose les objets à stériliser. Le chauffage peut se faire soit par courant électrique, soit par gaz, benzine ou par feu ouvert (voir n° 11, 1941). *Th.*

Journal suisse de médecine, n° 49 (décembre 1941).

« Pathogénie et thérapeutique de l'intoxication par le phosgène »
(Dr E. Rothlin, Bâle).

Ces nouvelles recherches apportent de nouveaux résultats, qui sont tout aussi significatifs pour la thérapeutique de l'œdème pulmonaire que pour la pathogénie de l'intoxication par le phosgène. La plupart des auteurs considèrent l'intoxication par le phosgène comme une lésion, localisée essentiellement aux poumons. D'après eux, le phosgène inhalé est absorbé et détruit déjà dans les parois des alvéoles et des capillaires des poumons. Il ne pénètre pas dans les vaisseaux, et il ne le fait certainement pas dans la grande circulation. Les lésions observées dans d'autres organes sont le résultat des suites secondaires de l'œdème du poumon, dues avant tout aux troubles circulatoires et au manque d'oxygène, c'est-à-dire à la sursaturation du sang en CO². D'autres auteurs, cependant, ne partagent pas entiè-

A travers les revues.

rement cette manière de voir. Ils s'attachent plus particulièrement aux lésions microscopiques des organes de la grande circulation : cerveau, foie, reins et cœur, étant plutôt d'avis qu'il s'agit là d'une action directe. Le Dr Rothlin se basant sur les recherches nombreuses et variées faites sur des animaux arrive aux conclusions suivantes :

1. Le « gazage » avec des doses toxiques et léthales de phosgène cause non seulement une maladie pulmonaire locale, mais il a même comme conséquence l'intoxication générale de l'organisme. Le poumon n'est donc pas une barrière infranchissable au phosgène. 2. L'intoxication par le phosgène ne crée pas seulement des désordres aigus dans les poumons ou dans d'autres organes, mais elle laisse après elle des lésions secondaires principalement sous la forme de bronchites chroniques et d'emphysème. Ces lésions secondaires sont favorablement influencées par un traitement parentéral intensif au calcium. 3. Il faut admettre que, dans la formation de l'œdème pulmonaire par le phosgène, ce n'est pas seulement le changement de perméabilité dû à l'action corrosive chimique, mais ce sont aussi des facteurs nerveux qui entrent en jeu. En faveur de cette conception il y a l'inhibition préventive de l'œdème pulmonaire par la vagotomie, ainsi que par l'ergotamine (Sandoz). L'ergotamine empêche avant tout la formation de lésions du poumon et du cerveau, lésions qui provoquent directement ou indirectement l'issue mortelle, résultat de l'intoxication par le phosgène. Il faut admettre que le mécanisme d'action de l'ergotamine soit complexe et périphérique et central. Il peut empêcher l'œdème pulmonaire par le phosgène, l'ergotamine est donc un moyen prophylactique, préventif ; mais elle se montre inefficace après l'intoxication : elle ne guérit donc pas la maladie. Avec sa conception sur la formation de l'œdème pulmonaire, le Dr Rothlin touche aux questions fondamentales de la physiopathologie générale sur les problèmes de l'exsudation, de la transsudation, de l'inflammation séreuse et de l'œdème, qui sont à l'heure actuelle, encore en discussion. En d'autres termes, il reste à savoir s'il s'agit uniquement, dans ces cas, d'altérations pathologiques, d'une intervention de facteurs locaux ou encore d'une intervention de facteurs nerveux, c'est-à-dire des réflexes antidromiques et d'autres réflexes plus compliqués. Selon toute probabilité, ce sont à la fois les mécanismes locaux et réflexes qui sont en jeu. Th.