

Le vendredi 29 Mars, 12 jours après l'accident et le 8ième après l'opération, la température monte à 101 F. sous l'aisselle l'état général devient moins bon, la langue se sèche, la somnolence réapparaît, les urines tombent à 300 cc. puis à rien et la malade meurt dans le coma, 16 jours après l'accident et 12 jours après l'intervention.

A l'autopsie tous les organes de l'abdomen paraissent sains. Le tissu cellulaire péri-rénal droit est infiltré, dur, adhérent à la glande, celle-ci est grosse, séparée transversalement au niveau du bassinnet. Le fragment inférieur et la presque totalité du tronçon supérieur ne présente plus qu'un magma jaunâtre dégénéré. Il reste à peine une petite portion du pôle supérieur qui ait conservé l'apparence du tissu rénal. Le bassinnet et l'uretère sont intacts et libres, la veine rénale présente un thrombus organisé qui s'étend jusque dans la veine cave.

Le rein gauche est de volume ordinaire, dur, mamelonné; sa convexité présente de nombreux petits kystes qui varient de la grosseur d'un pois à celui d'une tête d'épingle. La capsule s'enlève facilement.

Le cas ne fait pas de doute cette femme est morte d'urémie. Mais en présence de cette évolution clinique, il nous a paru intéressant de chercher la cause immédiate de cette urémie tardive.

Était-ce l'insuffisance fonctionnelle primitive du rein, à cause de la destruction considérable de ce parenchyme? Nous ne le pensons pas.

Le fait que pendant 15 jours le rein gauche a donné par 24 heures 1000 à 1300 cc. d'urine avec une densité normale variant de 1018 à 1020, l'urée ne s'éloignant pas de la quantité normale, savoir 22 gr. au litre, le fait que la malade a relativement bien supporté l'anesthésie, celui qu'elle s'est sensiblement améliorée à la suite de l'évacuation d'un hématôme considérable, nous permettent de croire que le rein gauche remplissait suffisamment sa tâche et suppléait son congénère disparu au point de vue fonctionnel. De plus il est reconnu que l'organisme est très abondamment

pourvu de substance rénale, l'expérimentation a prouvé que l'on pouvait enlever à des animaux la quasi totalité du parenchyme rénal sans produire la mort.

Je lisais récemment l'observation d'une malade qui à la suite d'un traumatisme abdominal considérable avait subi l'ablation complète d'un rein et celle d'un gros tiers de l'autre. Elle guérit rapidement, l'opération date maintenant de 10 mois et la santé est toujours parfaite.

Mr. Rosenstein de Berlin avait fait l'an dernier une néphrectomie droite pour pyonéphrose calculeuse. Il dut faire cette année chez la même malade une néphrotomie gauche pour extraire 33 calculs allant du volume d'un pois à celui d'une noisette et arrêter des hématuries abondantes. Les suites opératoires furent terribles pendant 48 heures: anurie complète, vomissements, céphalée etc. La malade quittait néanmoins l'hôpital complètement guérie 25 jours après l'opération.

Notre ami le Dr. Rhéaume lisait à la dernière séance de la Société l'observation d'un homme qui avec un seul rein congénital de grosseur ordinaire, avait vécu 33 ans, parcouru toutes les phases d'une phtisie chronique sans présenter au cours de cette longue infection le moindre signe d'infection rénale.

La dégénérescence polikystique, lésion presque toujours bi-latérale est le plus souvent une trouvaille d'autopsie. Les reins sont presque détruits et assez souvent la symptomatologie clinique n'avait pas attiré l'attention de ce côté.

Tous ces faits plaident en faveur d'une quantité minima suffisante de substance rénale pour assurer la dépuraction urinaire et nous justifient croyons-nous de rejeter dans le cas qui nous occupe l'insuffisance fonctionnelle primitive du rein.

Une autre hypothèse à laquelle nous souscrivons, est celle de l'infection ou plutôt de la toxi-infection. Les éléments rénaux sont excessivement toxiques et leur résorption dans le sang produit les plus graves conséquences. Castaigne et Tuffier ont pleinement démontré cette affirmation