

le, décelée par l'épreuve du blanc d'oeuf, persiste encore un certain temps puis finit par disparaître; chez d'autres, au contraire, cette débilité persiste longtemps, si bien qu'à propos de la plus légère infection ils font des quantités d'albumine.

M. Castaigne a recherché systématiquement cette débilité rénale chez un grand nombre de scarlatineux et ne l'a retrouvée que peu souvent. Il résulterait donc de là que la scarlatine est moins grave qu'on ne croit généralement au point de vue lésions rénales; malgré tout, les cas où on l'a trouvée suffisent à expliquer ces albuminuries qui reviennent quelquefois très longtemps après une scarlatine. En revanche, M. Castaigne a trouvé un très grand nombre de débiles rénaux à la suite d'une albuminurie syphilitique secondaire, ce qui doit être attribué à la même cause que les débilités rénales héréditaires chez les enfants de syphilitiques.

Les constatations expérimentales et anatomo-cliniques sont difficiles à faire chez les syphilitiques héréditaires qui présentent des lésions vasculaires ou autres en grand nombre. L'expérimentation, elle, a permis de trouver des lésions très différentes, les unes très intenses, les autres à peine marquées; mais dans la majorité des cas, M. Castaigne a trouvé des lésions parcellaires, qui doivent être les mêmes que celles qu'on trouve chez les petits néphritiques héréditaires, et qui sont caractérisées par ce fait qu'elles ne portent que sur l'épithélium rénal, qui avait été détruit puis s'était reformé. Les tubes contournés ne ressemblent pas à ce qu'ils sont normalement; c'est du moins ce qu'ont montré les deux seules autopsies de débilité rénale pure.

Cette maladie une fois diagnostiquée, et reconnue exactement, quel en sera le pronostic et l'évolution? Beaucoup de ces malades restent au premier stade de leur débilité rénale mais le plus grand nombre évolue, après plusieurs poussées d'albumine sans cause appréciable, vers la néphrite chronique hydropigène, les hypoplasiques artériels ayant au contraire une tendance à faire de la néphrite chronique urémigène.

Pratiquement, il faut conclure que, parmi les enfants et les jeunes gens, il en est chez lesquels on diagnostiquera la débilité rénale. A ceux-là il faudra imposer une hygiène particulièrement rigoureuse et surtout une vie beaucoup plus restreinte, aussi bien au point de vue alimentaire qu'au point de vue exercices de toutes sortes; ce sont des jeunes gens dont il faudrait faire des agriculteurs quand on aura affaire à des ouvriers il faudra avant tout leur interdire les carrières où ils pourraient être exposés à l'intoxication saturnine.

Quand à la débilité rénale acquise, d'autres notions découlent de ce qu'on a constaté en suivant le malade; mais il sera prudent de ne pas faire un pronostic trop favorable en pensant toujours à la néphrite chronique. Dans quelques cas cependant, lorsque l'épreuve du blanc d'oeuf souvent et longtemps renouvelée sera restée négative, on pourra affirmer la guérison. Le meilleur guide en pareil cas est la conclusion que M. Castaigne a donnée à sa Jeçon en disant "la débilité rénale est aux néphrites

ce que les néphrites sont à l'urémie," montrant par là que toutes les débilités rénales, n'aboutissent pas forcément aux néphrites, pas plus que toutes les néphrites ne donnent pas naturellement de l'urémie; mais pour les unes comme pour les autres, il ne faut pas perdre de vue leur mauvaise évolution, toujours possible.

Pratique Chirurgicale

PATHOLOGIE URINAIRE

Par le Dr Eugène Saint-Jacques, Chirurgien et d
l'Hôtel-Dieu

Calcul du rein et radiographie

Le trente huitième Congrès de la Société Allemande de chirurgie tenu il y a quelques semaines s'est siégé par plusieurs communications de toute première importance.

La pathologie urinaire y a tenu une large place. De ces communications, je retiens ce qui a trait aux calculs du rein. Nenhausser exposait quelques considérations sur le diagnostic et la thérapeutique de la lithiase rénale en s'appuyant sur 229 cas opérés à la clinique du Prof. Israël, de Berlin.

Notons d'abord que les hommes étaient au nombre de 124 et les femmes 95.

Quant au diagnostic, bien qu'il faille avant tout l'établir à l'aide de l'histoire clinique,—il convient de dire que la radiographie fournit des renseignements précieux. Reconnaissons que si les calculs phosphatiques donnent généralement un résultat positif, par contre les oxalates et les urates ne produisent pas d'ombre et se laissent traverser par les rayons X. Ajoutons même que parfois les calculs composés de phosphates et d'oxalate de chaux échappent parfois à la radiographie.

D'un autre côté, il est certaines affections qui donnent une ombre aux rayons de Roentgen. Ainsi en témoignent deux faits rapportés par Nenhausser: l'un d'un rein polykystique, l'autre d'une pyonéphrose tuberculeuse contenant une bouillie calcaire.

En résumé,—dans le cas de calcul soupçonné, ayons recours à la Radiographie. Un résultat négatif, allant à l'encontre des symptômes cliniques, ne devra pas nous faire abandonner notre diagnostic probable,—tandis qu'un résultat positif, concordant avec les symptômes, nous portera à être plus affirmatif.

Dans cette même communication, nous notons le pourcentage relativement faible —20 p. c.— où la nephrectomie fut jugée nécessaire. Dans 177 cas, après extraction du calcul, on fit la suture de la poche sans drainage du rein, tandis que chez 64 autres malades on dut la drainer