

s'élève seulement à vingt, cinquante centigrammes ou 1 gramme. Quant au point de vue qualitatif, c'est généralement une albumine rétractile, chimiquement serine ou globuline, contenant très souvent des peptones surajoutées; l'urine contient encore en plus des chiffres considérables d'urée et un excès d'urates et de phosphates. En revanche, on ne trouve jamais aucun symptôme d'insuffisance rénale ou de néphrite chronique, ou de troubles de la perméabilité rénale.

Un signe important de cette albuminurie est son évolution, très différente et variable suivant le traitement suivi. Chez tous ces malades, si on donne du lait cru en abondance, l'atonie gastrique et l'albumine vont, de pair, augmenter dans des proportions considérables. Si au contraire on stimule les fonctions gastriques, par exemple par des ferments et un bon traitement physique, l'albumine disparaît. Cependant, il faut bien savoir que si cette albuminurie a duré trop longtemps, on peut très bien voir l'estomac guérir, l'albumine persister et évoluer lentement vers une néphrite chronique.

Dans la deuxième catégorie, nous devons ranger les albuminuries digestives chez des malades atteints de néphrite chronique, sans cependant y faire rentrer les urémies gastriques qui surviennent dans les vieilles néphrites urémiques et interstiellles. Ce sont bien plutôt des néphrites intestielles sans albuminurie, qui peuvent présenter de l'albuminurie à type digestif à la suite d'un écart de régime. Le pronostic n'est donc pas du tout le même que dans le cas précédent, d'autant plus que chez eux, l'examen montre un bruit de galop, de l'hypertension artérielle, de l'hypertrophie du cœur et des troubles de la perméabilité rénale. L'albuminurie digestive décèle donc chez eux la néphrite chronique et c'est pourquoi, chez ces malades, M. Castaigne fait par voie rectale, l'épreuve de l'albuminurie provoquée, ce qui lui a permis de déceler beaucoup de néphrites interstiellles au début.

La troisième catégorie de ce classement contient des malades moins graves que les précédents. C'est essentiellement l'albuminurie digestive des gens bien portants. On trouve très nettement en effet:

10. Des sujets qui ont pour certaines substances albuminoïdes une véritable idiosyncrasie avec souvent des accidents graves et très rapides. On ne peut décrire ces cas comme une maladie, mais bien plutôt comme une curiosité pathologique.

Et 20. des jeunes gens qui ont de l'albumine digestive sans présenter aucun autre symptôme pathologique; si on les suit jusqu'à 20, 25 ans et au-delà on peut voir qu'ils guérissent complètement.

Il est donc de toute importance pour le médecin de classer toutes les albuminuries digestives dans une des catégories indiquées, et ce sera le seul moyen d'arriver à un diagnostic et à un pronostic exacts.

Est-ce un type digestif?

Y a-t-il des troubles des fonctions rénales, de la perméabilité, etc.?

L'estomac, l'intestin, le foie, présentent-ils quelques symptômes?

S'il n'y en a aucun, on arrive fatalement au 3e type qui est bénin.

A côté de ces faits cliniques, il y a énormément de questions de physiologie pathologique très intéressantes, quoique de l'avis de M. Castaigne, il faille être très réservé sur ces recherches de laboratoire.

En effet, chaque fois qu'on introduit dans un organisme, par la voie sanguine, une albumine hétérogène, le sang s'en débarrasse immédiatement; surtout par le rein. Ce qui nous permet de comprendre les albuminuries des dyspeptiques, car alors que dans un estomac normal, les albumines hétérogènes sont transformées en endogènes pour être assimilées par l'organisme, dans un organe malade, au contraire, elles ne sont ni digérées, ni transformées, et absorbées tout de même: les reins les évacuent en tant qu'albumines hétérogènes. D'autre part, si les reins sont intacts, il faut beaucoup d'albumine hétérogène pour qu'elle puisse les traverser; au contraire s'il y a des lésions, il suffira d'une très petite quantité pour quelle passe, comme c'est le cas pour l'albuminurie provoquée par un lavement de blanc d'œuf.

Quant à l'albumine des gens bien portants, elle est plus difficile à expliquer sûrement. Quoi qu'il en soit, elle survient toujours chez des sujets en période de croissance, qui ont des troubles de sécrétion interne, thyroïdienne, ovarienne, etc., et il semble que, dans ces conditions, les albumines soient mal assimilées. Elles restent, semble-t-il, à l'état d'albumines hétérogènes et sont éliminées. Il semble bien que cela soit vrai, puisque chez ces malades il suffit souvent de faire un peu d'opothérapie pour voir l'albumine disparaître complètement et la croissance se faire mieux.

Quant à la cause des albuminuries que l'on peut appeler idiosyncrasiques, il est impossible jusqu'à présent d'en donner une raison plausible.

D'après tout ce qui précède, on voit qu'au point de vue traitement, il faudra se baser sur des considérations cliniques et pathogéniques pour l'instituer: c'est-à-dire réduire l'apport de substances albuminoïdes et les faire mieux assimiler en traitant surtout la dyspepsie. Il faudra avant tout, faire attention à ne pas abuser du régime lacté qui peut augmenter l'albumine et amener des désordres. Il faudra avoir plutôt recours au régime lacto-végétarien. Il faudra beaucoup se méfier, comme l'ont bien montré les travaux de Linossier et Lemoine, Castaigne et Chiray des albumines crues, comme la viande peu cuite et les œufs crus qui non seulement restent volontiers hétérogènes mais encore sont toxiques.

Enfin, chez les bien portants, il faudra surveiller le tube digestif, empêcher autant que possible l'apport d'albumine hétérogène, et essayer des diverses opothérapies qui très souvent donnent d'excellents résultats. M. Castaigne croit, pour terminer, qu'il y a beaucoup plus d'albuminuries bénignes qu'on ne croit en général, et que si on les soigne comme des albuminuries graves, on peut produire par manque d'observation les pires conséquences.