

Et voici l'observation de notre malade: Il nous a semblé qu'elle renfermait toutes les conditions nécessaires à une néphrose lipoïdique.

A. T., 22 ans, cultivateur, entre dans le service du Dr Rousseau le 4 juin 1930 pour un œdème généralisé dont il se plaint depuis quelques mois.

Antécédents héréditaires: Rien à signaler.

Antécédents personnels: Influenza en 1919, quelques jours de maladie seulement. Il y a quelques années: douleurs rhumatoïdes ne s'étant accompagné ni de gonflement des articulations ni de fièvre.

En avril 1929: le malade se plaint d'une céphalalgie frontale surtout marquée le soir, d'une légère amblyopie, état général parfait.

En mars 1930: œdème péri-malléolaire léger, légère bouffissure de la face, dyspnée facile au travail. Aucun trouble digestif.

En avril 1930 le malade doit quitter le chantier où il était employé comme manœuvre parce que la dyspnée l'incommodé, que l'œdème péri-malléolaire des derniers mois s'est généralisé, que l'amblyopie et la rachialgie sont devenues intolérables, il tousse et son expectoration est muqueuse et abondante, son poids passe de 150 à 175 livres.

En mai 1930, à la suite des conseils pressants de son médecin, il prend le lit, se soumet sans résultat à un régime lacté absolu: pas de diminution de poids, pas de modification des œdèmes, les diurétiques ne parviennent pas à augmenter la diurèse. Le malade est alors dirigé vers l'hôpital.

A son arrivée: œdème généralisé de la face aux pieds, œdème blanc, mou. Température normale, pouls légèrement accéléré, régulier et bien frappé. Pression artérielle 135-80. Aire de matité cardiaque légèrement augmentée: épanchement péri-cardiaque probable.

Matité aux deux bases pulmonaires, disparition du murmure vésiculaire: double hydrothorax. Légère ascite.