

Pathogénie et traitement de la phosphaturie ammoniaco-magnésienne

Par le Dr J.-C. Bourgoïn

Médecin de l'Hôpital Ste-Justine.

Il y a quelques mois, monsieur P... vint me consulter pour des troubles urinaires. Depuis longtemps, il a de fréquentes envies d'uriner. Les mictions sont abondantes et douloureuses, laissant après elles un chauffage qui persiste durant quelques minutes.

L'histoire de sa famille est excellente. On n'y relève ni syphilis ni tuberculose. Lui-même n'a eu aucune maladie vénérienne.

Il est âgé de 53 ans et célibataire. Depuis nombre d'années il mène une vie très régulière, même un peu sédentaire. Aucune maladie grave à noter dans son passé.

Questionné au point de vue rénal, le patient n'accuse aucun trouble qui puisse faire penser à une tuberculose ou une lithiase du rein.

Son système digestif, par contre, est très délabré. L'appétit est nul, la digestion pénible et lente. Le malade éprouve de la somnolence après les repas: très souvent, de la céphalée et des vertiges. Enfin les intestins sont très paresseux, les évacuations ne survenant que tous les 8 ou 10 jours, après une purgation saline. L'état général est plutôt mauvais, le moindre travail épuise rapidement le malade.

L'examen des organes ne donne rien de particulier.

L'analyse des urines s'imposait tout d'abord; en voici le détail:

Couleur, jaune pâle.
Odeur, ammoniacale.
Aspect, trouble.
Dépôt, abondant, blanc.
Consistance, épais, visqueux.
Réaction, fortement alcaline.
Densité, 1028.
Albumine, traces marquées.
Sucre, non.
Urobiline, non.
Pigment biliaires, non.

Le microscope montre que le dépôt est uniquement composé de phosphates-ammoniaco-magnésiens et de granulations amorphes.

Les urines étaient donc manifestement pathologiques.

Avant d'en attribuer la cause à une infection locale, je m'attaquai tout d'abord, aux troubles dyspeptiques, croyant trouver dans le mauvais fonctionnement de l'intestin la raison d'une désassimilation abondante et défectueuse.

Je recommandai au patient de boire beaucoup, je lui fis suivre un régime végétarien, lui faisant prendre en plus une à deux cuillerées à soupe de graines de lin après les repas. Les intestins reprirent peu à peu leur fonction quotidienne. Les forces du malade se relèverent en même temps que la digestion devenait plus facile.

De notables changements s'opéraient également du côté des urines. Les mictions étaient beaucoup moins fréquentes, moins abondantes et complètement indolores.

La réforme du régime alimentaire en améliorant l'état des voies digestives, avait donc suffi à corriger du même coup, des troubles urinaires, qui paraissaient, au premier abord complètement étrangers au mauvais fonctionnement de l'intestin.

J'ai fait récemment une nouvelle analyse des urines. Elles sont absolument normales.

Couleur, jaune citrin.

Odeur, sui generis.

Aspect, absolument transparent.

Dépôt, nul.

Consistance, limpide.

Réaction, acide.

Densité, 1020.

Ni albumine, ni sucre.

En consultant les auteurs, nous voyons que la phosphaturie ammoniaco-magnésienne est assez fréquente. Il suffit d'ailleurs d'avoir travaillé quelque temps dans un laboratoire d'analyse pour l'avoir constaté bien des fois.

Cette phosphaturie tient à deux causes qu'il importe de connaître, car le traitement diffère dans les deux cas.

Dans le premier cas, à la suite d'infection locale, les ferments de l'urée déterminent la formation de carbonate d'ammoniaque qui rend l'urine alcaline. Ce changement de réaction produit la précipitation des phosphates terreux de chaux et de magnésie qui s'unissent alors à l'ammoniaque pour former des phosphates ammoniaco-magnésiens, longs cristaux prismatiques qu'on a comparés aux pierres tombales.

Ces cristaux sont toujours accompagnés de granulations amorphes de carbonate de chaux ou d'urate d'ammoniaque.

L'odeur est fétide, le dépôt blanchâtre, épais et visqueux. On trouve aussi des débris cellulaires de toute sorte.

Dans cette première variété, il n'y a pas à proprement parler de phosphaturie, car la quantité des phosphates n'est pas augmentée, mais il y a plutôt précipitation et cristallisation de ces sels solubles dans l'urine normale.

Cette phosphaturie relève de la chirurgie et est justiciable de lavages vésicaux.

La seconde variété se rencontre dans une urine parfaitement aseptique et relève par conséquent d'une tout autre pathogénie nécessitant un traitement différent. Elle provient d'un mauvais état de la nutrition, et est due ordinairement à une désassimilation trop abondante. Cette désassimilation défectueuse se rencontre dans les maladies de la nutrition: l'ostéomalacie, le rachitisme, le diabète, etc., ou encore dans les dyspepsies chroniques avec constipation.