

méable aux albumines étrangères, et ne cesse de l'être qu'après avoir été lésé par une néphrotoxine. Pour nous, la lésion est le fait primitif, l'albuminurie est consécutive. Parmi les arguments que nous invoquons et dont la plupart sont tirés de nos récentes recherches sur le régime dans les maladies des reins, voici les plus frappants :

Le sérum chauffé à 55°, le lait bouilli, injectés sous la peau du cobaye, ne provoquent pas d'albuminurie : ces substances ne sont pourtant pas moins étrangères à l'organisme qu'avant le chauffage, mais leurs néphrotoxines sont détruites.

L'albuminurie par injection sous-cutanée d'aliments albuminoïdes d'origine normale, se produit d'autant mieux que le rein est déjà altéré. C'est au point que Castaigne a fait de la production facile de cette albuminurie un signe de débilité rénale. On conçoit mal une fonction physiologique qui s'exerce d'autant mieux que le rein est en mauvais état.

L'albumine éliminée n'est jamais l'albumine étrangère seule, mais est accompagnée d'albumine normale du sérum.

Nous avons constaté des altérations histologiques du rein chez des animaux chez qui l'albuminurie ne s'était pas produite. Ces altérations semblent donc bien précéder l'albuminurie.

Enfin, nous avons montré que, par le fait de l'accoutumance, des cobayes peuvent être amenés à supporter sans albuminurie des doses élevées de suc de viande. On conçoit mal encore une fonction physiologique disparaissant par l'exercice.

Donc, l'albuminurie dyspeptique est due à des lésions légères et transitoires du rein sous l'influence des néphrotoxines alimentaires insuffisamment détruites par la digestion. Il est des cas où interviennent à la fois une lésion rénale, l'orthostatisme et la digestion. Aucun des trois facteurs n'est assez accentué pour provoquer à lui seul l'albuminurie ; parfois même, deux causes associées sont insuffisantes sans l'intervention de la troisième. Dans ces cas, un examen incomplet fera considérer l'albuminurie soit comme digestive (parce qu'elle disparaît à jeun) ; orthostatique (parce qu'elle ne se produit que dans la position debout) ; soit comme rénale (parce que l'étude attentive des fonctions du rein dénote son insuffisance).

En réalité, il s'agit d'une albuminurie de causes associées et nous croyons que parmi les albuminuries intermittentes ce sont les plus nombreuses.

MEDECINE PRATIQUE

LE REGIME ALIMENTAIRE DANS LES ALBUMINURIES.

Ce n'est pas tout de décrire le régime alimentaire dans les diverses sortes de néphrites. Les malades ne se présentent pas au praticien avec une pancarte spécifiant la variété morbide dont ils sont atteints. Lorsqu'il s'agit d'une né-

phrite aiguë, soit encore, — on y voit clair. Dans les formes chroniques, il n'est point toujours aisé de distinguer une maladie lésionnelle d'une albuminurie fonctionnelle.

C'est pourquoi, fidèle à notre méthode, nous placerons le médecin en face du symptôme — dans l'espèce, c'est l'albuminurie — en insistant sur les conditions adjuvantes qui permettent d'en mesurer la valeur.

L'albuminurie est aiguë ou chronique. Dans le premier cas elle s'accompagne ou non de bouffissure des téguments. Dans le second cas, elle fait ou non cortège d'abord à la bouffissure et ensuite à l'hypertension artérielle. Ces grandes lignes dessinent le cadre où nous ferons rentrer toutes les constatations cliniques.

1. — Albuminuries aiguës.

Avec bouffissure des téguments. — Deux fautes sont fréquemment commises dans le traitement de la néphrite aiguë : 1° on autorise le lait le premier jour ; 2° on en ordonne de trop fortes quantités. Les premiers jours d'une néphrite aiguë, ce n'est pas du lait, mais de l'eau qui sera prescrite ; un verre à Bordeaux d'eau toutes les heures ; 10 à 12 verres à Bordeaux dans les 24 heures ; ce régime est continué deux à trois jours. Si le malade va mieux au bout de 24 heures, l'eau lactée (1-3 de lait, puis 1-2 de lait) sera permise. Vers le quatrième jour on recourra au lait pur, qui sera ensuite augmenté peu à peu. De 1 litre, on montera à 1 1-2, 2 litres, ce dernier chiffre n'ayant guère besoin d'être dépassé avant quinze jours ou trois semaines. En effet, il suffit de sucrer le lait : 5 morceaux de sucre par litre — 40 grammes pour obtenir une ration d'entretien suffisante. La réduction du liquide convient à tous les brightiques oédémateux ; quelques-uns supportent 1.500 centimètres cubes de liquide, d'autres ne peuvent excéder 1 litre.

Même traitement chez les enfants : 500 grammes à 600 grammes d'eau les premiers jours, puis eau mêlée de lait, puis lait pur. Mais au début pas de lait pur ni de grandes quantités de liquides.

Le régime déchloruré ne nous semble point favorable. De ce qu'il soit supporté, cela ne veut point dire que ses risques demeurent négligeables. La prudence commande, si l'on désire obtenir la résolution rapide d'un organe enflammé, de ne pas le soumettre à une trop forte épreuve. Les déchets organiques provenant d'une alimentation plus substantielle, s'ils n'apparaissent pas directement nocifs sur le parenchyme rénal, peuvent entraver son retour rapide à l'état normal. Une statistique qui n'a pas encore été établie nous éclairera plus tard sur l'avenir des reins atteints de néphrite aiguë. Ceux qui ont été soumis au régime hydrique ou hydro-lacté ont-ils plus de chance de résister que ceux qui ont passé par le régime déchloruré immédiat ?

Au bout de quinze jours à trois semaines, ce dernier peut être institué. Mais il est prudent de ne pas revenir à la viande et aux bouillons gras pendant 5 ou 6 semaines.

On prescrira par exemple.

Au 1^{er} déjeuner : Tapioca au lait, ou cacao, ou café au lait (350 gr.) 20 grammes de pain sans sel.

A midi : Pommes de terre en purée ou cuites à l'eau, avec beurre frais (deux pommes de terre moyennes), pud-