

2o Des formes secondaires observées chez des tuberculeux anciens, qui sont folliculaires ou non folliculaires, suivant que les bacilles se sont arrêtés dans les reins, ou n'ont fait que passer, en y déterminant toutefois des ravages ayant laissé pour traces des lésions de néphrite banale diffuse;

3o Enfin des rétentions rénales tuberculeuses, pyonéphroses déterminées par inoculation artérielle ou urinaire ascendante, mais toujours consécutivement à un obstacle urétral, ce qui explique leur rareté.

* * *

Les régimes systématiques dans les néphrites

Le régime ordinaire, dit Castaigne (in Jnal. des Praticiens), n'étant supporté que par les malades dont la perméabilité rénale et l'élimination des chlorures sont normales, on est forcé de recourir, pour les autres, au régime lacté ou déchloruré. Or, ce régime lacté mène souvent à un état d'inanition prédisposant à la tuberculose; en outre, il est souvent mal digéré. Enfin, les oedèmes et la dilatation cardiaque ne sont pas améliorés par ce régime.

En résumé, le lait, indispensable dans la néphrite aiguë, ne saurait être, dans la néphrite chronique, employé pendant toute la durée de la maladie: on se contentera donc de 4 à 5 jours par mois de régime lacté: en cas d'accidents urémiques, il sera institué sans modifications. Dans l'albuminurie orthostatique, il doit être rejeté, ainsi qu'en cas de dégénérescence amyloïde ou de néphrite chronique hydro-pigène sans complications.

Le régime déchloruré constitue un grand progrès, car il permet une alimentation presque normale et guérit des accidents (oedème, p. ex.) sur lesquels le régime lacté a peu de prise.

Ce régime est toutefois inutile chez les malades ne présentant pas de rétention chlorurée: il peut provoquer de la dyspepsie et certains malades ne peuvent supporter la suppression absolue du sel: on admettra alors 1 gramme de sel par jour.

En cas de néphrite chronique urémigène, sans oedèmes, le régime lacté ou lacto-végétarien, avec suppression absolue de la viande, est indiqué; ici, c'est la rétention, non des chlorures, mais des éléments azotés qui constitue le danger. Le régime chloruré provoque facilement du dégoût chez ces malades, aussi le leur prescrira-t-on avec une grande prudence.

* * *

La déchloruration dans le mal de Bright

Dans beaucoup de formes de néphrite où l'excrétion du sel par les reins est insuffisante, la rétention de l'eau, pour maintenir la pression osmotique constante dans les tissus, détermine des oedèmes, au dire de Stewart Fowler (Med. Rec. Dec. 1909). Le régime déchloruré dans ces conditions fait disparaître les oedèmes, ramène la perméabilité rénale et diminue la proportion de l'albumine de l'urine, probablement en augmentant la diurèse.

Le déchloruration, pour l'auteur, est le meilleur moyen à opposer à l'hydropisie dans la néphrite parenchymateuse chronique. Il n'a pas observé avec ce régime d'effets fâcheux résultant de la proportion relativement élevée et d'azote contenue dans les aliments. Il commence par la diète absolue sans diminution préalable de sel dans les aliments; cette manière brusque de procéder n'a pas d'inconvénient. En général l'oedème commence à diminuer et disparaît rapidement en même temps que la diurèse est plus active. L'amélioration de chaque cas peut être appréciée par les pesées ou au moins par la quantité des urines. Lorsque le poids est devenu stationnaire pendant une quinzaine et que tout oedème a disparu, on peut alors ajouter un peu de sel aux aliments et en contrôler l'effet par les pesées.

—o—

Syphiligraphie

Clinique du Prof. agrégé Jeanselme

L'HEREDRO-SYPHILIS.

L'influence héréditaire de la syphilis sur la mortalité infantile, et par conséquent sur la race, est énorme, puisque les enfants hérédro-syphilitiques meurent dans la proportion de 3 sur 4, avant d'avoir atteint l'âge de l'adolescence. Il serait intéressant d'élucider le mécanisme de l'hérédro-syphilis. Si on ne peut émettre là-dessus que des hypothèses, les données théoriques peuvent néanmoins servir de guide pour la pratique.

La transmission de la syphilis des géniteurs au produit se conçoit de plusieurs façons. Quand la maladie est d'origine paternelle, on admet que le tréponème est véhiculé avec le spermatozoïde jusqu'à l'ovule et l'infecte sans contaminer la mère. L'ovule fécondé, devenu embryon et fœtus, infecterait à son tour la mère par la voie utéro-placentaire, ou bien, la syphilis est d'origine exclusivement maternelle. On sait que la période secondaire détermine une septicémie. Le tréponème existe dans tous les organes, fait des embolies microbiennes. On a constaté la présence de tréponèmes vivants dans les ovules non fécondés. Leur vitalité était démontrée par leur aspect morphologique et leurs réactions colorantes. Ces ovules peuvent se développer, mais presque toujours, en ce cas, il y a des fausses-couches.

Enfin, on peut supposer que l'infection de l'ovule est secondaire, tardive, par l'intermédiaire du placenta. Elle aurait lieu à un moment quelconque de la vie intra-utérine. Ce mécanisme est incontestable dans les cas où la femme a pris la syphilis au cours de sa grossesse.

Le rôle de la mère est infiniment plus considérable que celui du père. Une femme qui a eu la syphilis peut, avec un géniteur sain, mettre au monde un enfant héredo-