





*relié avec index sans front*

# Bulletin Medical

DE QUEBEC.

24292  
387

DIRECTEUR:

**Albert JOBIN**

Professeur de clinique des maladies contagieuses,  
Médecin de l'Hôtel-Dieu.  
(44, rue Caron, Québec)

REDACTEURS :

**Henri PICHETTE**

Assistant du service laryngologique  
à l'Hôtel-Dieu.

**Georges GREGOIRE**

Ass. clinicien à l'Hôtel-Dieu,  
Médecin du dispensaire anti-tuberculeux.

**Roland DESMEULES**

Ass. à la clinique médicale  
à l'Hôtel-Dieu.

**Léonide REID**

Ass. à la clinique médicale  
à l'Hôtel-Dieu.

ADMINISTRATEUR :

**Dr Georges RACINE**

Chargé de la clinique propédeutique médicale  
à l'Hôtel-Dieu.  
432, rue St-Joseph, Québec.

## SOMMAIRE

JANVIER 1925

Bulletin .....	A. Jobin .....	1
Après vingt-cinq ans .....	J. Dorion .....	3

### ARTICLES ORIGINAUX

Néphrites chroniques (leçon clinique) .....	A. Rousseau .....	6
Néphrites—régime alimentaire .....	J. Dorion .....	12
Hydronéphrose — étude clinique .....	A. Simard .....	18
Tuberculose rénale .....	P. C. Dagneau .....	22
Diagnostic de la lithiase rénale .....	C. Vézina .....	25
Pyolénéphrite gravidique .....	J. Caouette .....	28
Albuminuries — néphritiques et fonctionnelles .....	A. Jobin .....	34
Néphrites: troubles oculaires .....	H. Pichette .....	42
Analyse des urines—recherches pratiques .....	L. Reid .....	46

### DIVERS

Chronique .....	L. F. Dubé .....	49
L'internement des aliénés .....	S. Roy .....	52
Société médicale de Québec .....		54
Livres à consulter .....		56

Seules EAUX ALCALINES  
RECONSTITUANTES

# POUGUES

ST-LEGER - ALICE

Etablissement Thermal

ouvert du 15 Juin au 30 Septembre

EAUX DE REGIME par EXCELLENCE des

Dyspeptiques, Neurasthéniques  
des

FAIBLES ET DES CONVALESCENTS

Echantillons Gratuits aux Docteurs

Paris, Cie de Pougues

15-17, Rue Auber.

## CARABANA



EAU NATURELLE  
Minéralisation unique et  
sans rivale



PURGATIVE  
Par son sulfate de soude



DEPURATIVE  
Par son chlorure de  
calcium



ANTISEPTIQUE  
Par son Sulfure de  
Sodium



SE TROUVE DANS  
TOUTES LES PHAR-  
MACIES DU CANADA.

## CARABANA

Agents pour le Canada:

ROUGIER, FRERES,

210, rue Lemoine, Montréal.



L'ORIGINAL. — Méfiez-vous des contrefaçons.

Très utile dans  
le traitement dié-  
tétique de vos  
patients.

Horlick's Malted Milk est bien toléré par le malade.  
Son assimilation se faisant sans le moindre effort di-  
gestif, il est d'une efficacité incontestable pour le  
maintien des forces au moment où l'organisme est  
épuisé par le surmenage ou la maladie.

*Echantillons adressées franco sur demande.*

**Horlick's Malted Milk Co.**

RACINE, Wis.

SLOUGH, Ang.

MONTREAL, Can.

## BULLETIN

Avec la présente livraison, le "Bulletin Médical" complète ses 25 années d'existence, ou mieux commence sa 26e année. Jamais auparavant, du moins à Québec, périodique similaire n'avait parcouru un cycle aussi long. Aussi en sommes-nous quelque peu fiers, non pas de sa valeur comme organe scientifique, non,—notre revue n'a eu d'autre ambition que celle de vulgariser les données acquises de la science médicale,—mais pour les services rendus à la profession.

Aussi pour commémorer ces noces d'argent, nous publions aujourd'hui un numéro spécialement consacré aux maladies du rein. Comme on peut s'en rendre compte, le sommaire couvre une grande partie de la pathologie rénale. Les lecteurs nous sauront gré de cet effort, fait en vue de leur être agréable et utile.

De plus, nous aurions voulu jeter un regard en arrière pour revoir par la pensée les divers événements qui ont jalonné le chemin parcouru pendant ce quart de siècle. Hélas! le temps nous a manqué.

Il suffira de dire que, comme toutes les choses humaines, le "Bulletin Médical" a vu de beaux et de mauvais jours. Les anciens se remémoreront sans doute avec plaisir les bons et rudes combats qu'il a livrés au sujet du Bill Roddick, auquel les événements récents viennent de donner un regain d'actualité, et dont le but était l'échange interprovinciale des licences.

Cela va sans dire, Québec pensait d'une façon,—peu sympathique au Bill Roddick; Montréal pensait de l'autre. Que voulez-vous!

Différence de mentalité!

Enfin, nous avons cru qu'il serait intéressant de rappeler comment est né notre périodique québécois, quels ont été ses parrains, et quels furent ses premiers vagissements dans le berceau.

A cette fin, nous avons demandé à un ouvrier de la première heure de nous faire l'histoire de la fondation de notre journal. M. le Docteur Jules Dorion, Directeur de "L'Action Catholique", a bien voulu nous raconter les débuts de cette oeuvre, dont il fut un des pionniers.

\* \* \*

La science médicale française vient de perdre un de ses représentants les plus autorisés dans la personne de M. le Docteur Jean Camus. Le défunt était professeur de physiologie à la Faculté de Médecine de Paris, et membre de l'Académie de Médecine.

Ce professeur n'est pas inconnu des médecins de Québec. C'est à son école qu'ils ont été formés, surtout ceux de la dernière génération. C'est

en effet dans son traité de physiologie que l'on se préparait aux épreuves du baccalauréat. De plus le Docteur Camus était le directeur du Cercle Laennec qui fut fondé pour recevoir les étudiants canadiens-français et les diriger pendant leur séjour dans la capitale française.

Double raison pour que les médecins de Québec donnent à l'âme du maître disparu un pieux souvenir.

La mort est venue nous enlever le professeur Camus, encore dans toute la vigueur de l'âge,—il avait une cinquantaine d'années, et dans la pleine maturité de son talent. En tout cas, il laisse le souvenir d'un grand savant doublé d'un fervent catholique.

R. I. P.

\* \* \*

Quoique un peu en retard, le "Bulletin Médical" offre à ses lecteurs ses meilleurs vœux de bonheur et de prospérité. Empruntant une formule antique, mais bien chrétienne, nous leur dirons: "Bonjour, bon an! Dieu soit céans!"

Et pour rester dans la même note, formons, en 1925, la résolution d'aimer particulièrement notre profession, i-e, la médecine, nos confrères, nos malades.

Oui ! aimons l'étude de la science médicale, au point d'en faire notre préoccupation constante. C'est le moyen de ménager à notre esprit la joie du problème que l'on résout, et à notre cœur celle du bien que l'on fait. Du reste, tout homme est obligé, en justice, d'avoir la science de son état.

Aimons nos confrères. Pardonnons leur les manquements à l'étiquette professionnelle, comme nous voudrions qu'il nous fut pardonné à nous-mêmes. Que l'*invidia medicorum* n'ait plus d'adeptes parmi nous. Surtout ne permettons jamais à un profane de parler en mal d'un confrère devant nous, fut-ce même à notre avantage. L'intérêt du corps médical l'exige. Enfin n'allons pas, devant les tribunaux, donner le triste spectacle de nos dissidences d'opinion.

Aimons nos malades. Bien examiner son malade, c'est lui faire plaisir. Mais lui montrer de la sympathie, et même de l'affection, c'est se faire aimer de lui. Et c'est déjà beaucoup. Le malade et son entourage sont plus frappés par les qualités du cœur du praticien que par celles de son esprit. Les profanes, de quelque rang qu'ils soient, sont incapables de juger de la valeur scientifique d'un médecin. Les prévenances délicates les touchent plus.

Donc que cet amour de notre profession soit le guide de notre vie médicale. Nous n'en serons peut-être pas toujours payés de retour. Mais consolons-nous, en nous rappelant que la vraie science pour être heureux, c'est d'aimer son devoir et d'y chercher son plaisir.

Ainsi soit-il,

Albert Jobin.

## APRES VINGT CINQ ANS.

Je viens de parcourir le dernier "Bulletin Médical de Québec", celui de décembre 1924, lequel clôt le cycle de vingt-cinq années, déjà parcouru par ce périodique.

Si les morts vont vite, comme dit la ballade, que dire des vivants !

Il me semble que c'est hier que la vie médicale extérieure renaissait à Québec; et Pasteur, le savant à la carrière si féconde, y fut pour quelque chose.

Un soir de ce temps là, les médecins de Québec étaient convoqués à la vieille Ecole de Médecine. Une vingtaine répondirent à l'appel. Pasteur venait de mourir, et M. le docteur Laurent Catellier invitait la Faculté de Québec à joindre ses hommages à ceux du monde entier pour honorer la mémoire du grand disparu.

Ce devoir rempli, comme les conversations se prolongeaient,—les praticiens fortuitement réunis laissant percer un regret visible de se séparer,—je me levai timidement et demandai si l'occasion ne paraissait pas bonne de fonder à Québec une société médicale.

Une bombe, éclatant soudain, n'aurait pas produit plus d'effet. Fonder une société médicale dans une ville où une vingtaine au moins de ces institutions étaient déjà nées....et mortes, s'exclamèrent les anciens !

Ce fut quasi de la stupeur.

Mais la jeunesse ne doute de rien.

D'autres praticiens, aussi en herbe que moi, insistèrent à leur tour. Des hommes d'âge mûr, comme les professeurs Ahern et Brochu, furent d'avis qu'il vaudrait de tenter au moins l'aventure. Et les anciens voulurent bien essayer d'une vingt et unième société médicale québécoise.

C'est celle-là qui vit encore. Le "Bulletin Médical" de décembre relate sa dernière séance.

La "Société Médicale de Québec" devait bientôt provoquer la fondation du "Congrès des médecins de langue française de l'Amérique du Nord".

Celui-là aussi vit encore. On l'a bien vu cet été.

Enfin, de la "Société Médicale" toujours devait naître le "Bulletin Médical", celui qui commence aujourd'hui sa vingt-sixième année d'existence.

La première assemblée des actionnaires de "la Compagnie du "Bulletin Médical de Québec" eut lieu dans la soirée du 3 août 1899, à l'École de Médecine. Y prirent part, MM. les docteurs L.-J.-A. Simard, M.-J. Ahern, M.-D. Brochu, A. Marois, R. Paquin, P.-V. Faucher, P. Legendre, N.-A. Dussault, P. Lord, E. Mathieu, A. Jobin, P. Coote, R. Fortier, L.-O. Gauthier, A. Lavoie et F.-X.-J. Dorion.

Cent dix-huit parts furent souscrites séance tenante, et un versement de cinquante pour cent immédiatement effectué. 'a "Société Médicale de Québec" paraissait en tête de la liste des actionnaires. Son nom était suivi de ceux de MM. les docteurs M.-J. Ahern, A. Marois, A. Jobin, A.-G. Belleau, Chs Verge, Eug. Mathieu, P. Coote, L.-O. Gauthier, René Fortier, N.-A. Dussault, L.-J.-A. Simard, A. Lavoie, A. Clark, A. Robitaille, P. Legendre, A. Larochelle, L. Catellier, L.-J.-O. Sirois, J. Constantin et J.-A.-P. Lord.

A la même séance,—on pressait la besogne,—les directeurs furent élus. C'étaient MM. les docteurs Ahern, Brochu, Marois, Paquin, Faucher, Verge et Dorion, auxquels furent adjoints, à la séance suivante, les docteurs Arthur Simard et René Fortier.

Le 30 août les actionnaires étaient convoqués une deuxième fois, pour former le bureau de rédaction, en ajoutant à ceux des directeurs déjà nommés les noms de MM. les docteurs L.-J.-A. Simard, L. Catellier, A. Vallée, E. Turcot, A. Hamel, S. Grondin, P. Coote, A. Jobin, A. Rousseau, E. Mathieu, L.-N.-J. Fiset, L.-O. Gauthier, N.-A. Dussault et A.-G. Belleau, tous de Québec.

Le "Bulletin Médical" était né.

Je trouve dans un vieux carnet où j'avais inscrit les procès verbaux,—car je fus le premier secrétaire,—sa primitive histoire.

Voici d'abord la liste des officiers des temps héroïques :

Président, M. le docteur M.-J. Ahern ;

Vice-président, M. le docteur M.-D. Brochu ;

Secrétaire et trésorier, M. le docteur F.-X.-J. Dorion ;

Assistant secrétaire et trésorier, M. le docteur Chs. Verge.

Et les séances du bureau de direction se poursuivirent, drues et très remplies, car tout était à faire, y comprise l'acquisition de l'expérience.

Ainsi, dans la troisième séance on décide que le format de la nouvelle revue sera celui du "Buffalo Medical Journal", et la couleur du couvert "vert nil". On disserte longuement sur la disposition des matières, et sur la part à faire aux annonces, qui devaient être sévèrement contrôlées par la direction.



Les premiers travaux acceptés furent les suivants : Une lettre de M. le docteur L.-J.-A. Simard sur "la réciprocité médicale interprovinciale", question alors bruyamment débattue; une étude de M. le docteur Arthur Simard sur "le placenta prævia"; quelques considérations de M. le docteur Chs Verge sur "les maladies traitées par l'électrothérapie"; et l'analyse d'un article sur "la furonculose de l'oreille", par M. le docteur L.-N.-J. Fiset.

Entre temps, MM. les docteurs Paquin et Faucher avaient été établis secrétaires de la rédaction. Ce sont eux qui s'abouchèrent avec les autorités du Patronage pour l'impression du "Bulletin". Car il faut dire que la naissance de notre revue amorça l'établissement d'une école de typographie au Patronage St Vincent de Paul.

Le bon frère Hodiesne, qui fut notre premier prote, avait trouvé quelque part un vieux matériel d'imprimerie, qui fut transporté au Patronage. Un typographe fut embauché, auquel on donna quelques apprentis.

Le "Bulletin Médical" avait son imprimerie. Il commençait sa vie.

Elle continue encore. Et elle ne paraît pas devoir finir de sitôt, si on en juge par la robuste santé que son apparence actuelle trahit, sous la direction éclairée de M. le docteur Jobin, un des ouvriers de la première heure.

On remarque seulement que sa couverture "vert nil", passée très rapidement au "granit rose", est devenue "blanche" avec les années...comme la chevelure de presque tous ses fondateurs qui survivent.

*Dr Jules Dorion.*

---

**INFECTIONS ET TOUTES  
SEPTICEMIES**

(Académie des Sciences et Société  
des Hôpitaux du 22 décembre  
1911.)

...LABORATOIRE COUTURIEUX...  
18, Avenue Hoche, Paris.

**Traitement LANTOL**  
-- PAR LE --

Rhodium B. Colloïdal  
électrique

AMPOULES DE 3 C'M.

## NEPHRITES CHRONIQUES

### LEÇON CLINIQUE

**Dr Arthur ROUSSEAU,**

Doyen de l'Université Laval.

Les malades que je vais vous présenter aujourd'hui vont me donner l'occasion de vous exposer les notions élémentaires sur lesquelles repose l'étude clinique des néphrites chroniques.

Ce n'est pas tant l'anatomie que la physiologie pathologique que l'on doit avoir en vue auprès d'un malade atteint du mal de Bright. Ce qu'il importe de déterminer, c'est moins la lésion que les troubles divers du fonctionnement du rein. La notion du trouble fonctionnel éclaire la plupart des manifestations symptomatiques des néphrites.

Il serait cependant impossible d'apprécier justement et de façon complète une néphrite, sans se représenter l'état organique qui conditionne les troubles fonctionnels, ignorant la lésion, sa cause, sa forme et son évolution.

Les données de l'anatomie et de la physiologie pathologiques se complètent donc. La plus grande importance des données de la physiologie ne permet pas de négliger celle de l'anatomie.

Les nombreuses manifestations des néphrites découlent de quelques perturbations fonctionnelles fondamentales isolées ou combinées; elles se rapportent à quatre groupements symptomatiques qui sont: 1° les signes urinaires; 2° le syndrome de rétention chlorurée ou même hydro-chlorurée; 3° le syndrome de rétention azotée; 4° le syndrome cardio-vasculaire ou l'hypertension.

\* \* \*

C'est un signe urinaire, l'albuminurie, qui nous a révélé l'affection dont souffre le premier malade que j'ai à vous présenter.

Ce malade est une jeune homme de 26 ans, rubuste, rude travailleur et gros mangeur, qui m'a consulté une première fois en janvier 1923. Il se plaignait de vagues troubles digestifs, d'affaiblissement, de céphalalgie, de quelques sensations vertigineuses et de pollakiurie.

L'examen du système nerveux, de l'appareil digestif, du coeur et des poumons, ne révélait rien d'anormal. Il n'existait pas d'oedème décelable, pas d'hypertension artérielle, mais les urines contenaient une grande quantité d'albumine.

Depuis une diphtérie qu'il a eue vers l'âge de dix ans, et qui a fait mourir deux de ses frères, notre malade était resté sujet aux vertiges et

aux maux de tête; et il remarquait parfois qu'il manquait d'haleine. Ces troubles se sont quelque peu accentués, sans toutefois le contraindre d'abandonner le travail, à la suite d'un plongeon dans l'eau froide qu'il fit accidentellement il y a huit mois.

L'albuminurie était chez ce malade le seul signe caractéristique de la néphrite.

Il fut mis à un régime alimentaire, constitué exclusivement de lait et de bouillie au lait. Il revint régulièrement à la consultation, et on constata de mois en mois une diminution de l'albumine, qui disparut complètement après six mois de traitement.

Le malade revint alors au régime commun, et pendant un an se sentit en parfaite santé. Les urines, plusieurs fois examinées, ne contenaient plus d'albumine.

Mais vers septembre 1924, ses malaises réapparaissent. Il présente, quoique à un degré moindre, les mêmes troubles qu'il accusait il y a deux ans. Je le fais entrer à l'hôpital pour l'observer plus complètement.

L'abondance des urines correspond à la quantité des ingesta. Elles ne renferment ni albumine, ni cylindres. L'élimination des chlorures est de dix grammes par 24 heures. L'azotémie et la créatinémie donnent respectivement les chiffres de 0.34 cgr et de 0.014 cgr. 65 pour cent de la phénol sulfo-phtaléine s'éliminent dans les deux heures qui suivent l'ingestion, et la constante d'Ambard s'établit au chiffre de 0.08 cgr.

Jusqu'ici rien d'anormal, mais l'épreuve du régime déchloruré révèle une légère rétention chlorurée; notre malade perd 5 à 30 grammes de chlorure et 7 livres de son poids en une semaine.

Cette légère rétention chlorurée, ou cette élévation du seuil de l'élimination chlorurée, est loin d'être négligeable. Elle est capable de déterminer des troubles considérables, et je ne saurais trop vous engager à la rechercher toutes les fois que l'apparente intégrité des fonctions rénales laisse place à quelque doute. La notion d'une rétention chlorurée, même faible, commande une diététique qui, dans bien des cas, vous donnera les plus brillants succès.

Notre malade peut maintenant sortir de l'hôpital et retourner à sa vie laborieuse, à condition d'éviter tout excès, surtout alimentaire, et de se soumettre aux restrictions nécessaires quant à l'usage du sel.

Le pronostic de cette affection est favorable. La disparition complète de l'albuminurie, l'absence de cylindres, le volume de la sécrétion urinaire, nous laissent croire qu'une altération anatomique superficielle correspond à ce trouble atténué des fonctions rénales que nous avons mis en évidence.

J'attire votre attention sur l'origine de cette néphrite qui se rattache, par de petits phénomènes morbides, à une diphtérie de l'enfance, et je souligne l'importance du signe urinaire, l'albuminurie, qui nous l'a révélée.

Il n'est pas de malade chez lequel on ne soit tenu de rechercher l'albuminurie, et il n'est pas d'albuminurique chez lequel ne s'impose la recherche de l'insuffisance rénale.

\* \* \*

Chez notre deuxième malade, l'insuffisance rénale se manifeste d'une façon plus nette.

E.... M....., est cocher de place et âgé de 46 ans. Il a joui d'une bonne santé jusqu'à ces dernières années. Il n'aurait pas eu de maladie infectieuse, n'aurait jamais fait usage de spiritueux. Ses seuls excès auraient consisté dans un grand abus de viande. Par sa condition de cocher, il a été exposé aux intempéries et au refroidissement.

Il a vu survenir inopinément ces troubles il y a 2½ ans. Il a eu alors sa première atteinte d'hydropisie qui a disparu spontanément en quelques semaines.

Un an après se développait l'oedème plus prononcé, plus tenace et s'étendait progressivement à tout le corps, accompagné de dyspnée d'effort et de quelques saignements de nez.

Il entre dans mon service en octobre 1923. On lui trouve une forte albuminurie, une azotémie de 0 gr.75 ctgrs, une tension artérielle de 150-80. Sauf son oedème et sa dyspnée, il ne se sent nullement malade.

Un régime déchloruré a vite raison de son oedème et de sa dyspnée, et il reprend pour une année entière son métier de cocher.

Mais après ce répit, il nous revient souffrant de nouveau, depuis quelques semaines, d'anasarque, de dyspnée, avec, en plus des douleurs lombaires, des nausées et des vomissements, et un peu d'amblyopie. L'oedème intéresse les deux poumons. Le coeur droit est dilaté.

L'albumine, qui était absente des urines à la fin du premier séjour du malade à l'hôpital, y est réapparue en abondance avec des cylindres.

Nous sommes ici en présence d'une néphrite hydropigène bien caractérisée, et la rétention chlorurée est le trouble fonctionnel capital qui résulte de la lésion. C'est à cette rétention chlorurée qu'il faut rapporter les oedèmes, les troubles digestifs, l'amblyopie.

La rétention azotée n'est pas considérable: l'azotémie ascille de 0.50 à 0.75 ctgrs au litre. La tension artérielle est de 200/120.

Sous l'influence du régime lacté, puis d'un régime déchloruré, les oedèmes diminuent rapidement, et l'albuminurie n'existe plus qu'à l'état de trace, trois semaines après l'entrée du malade à l'hôpital.

Malheureusement il se soustrait furtivement à sa diète. Il prend du sel, boit trop abondamment et prend une trop grande quantité d'aliments. Aussi la reproduction des oedèmes, et le développement d'un ascite trahissent-ils bientôt ses écarts.

Il est à remarquer qu'à partir de l'apparition de l'ascite, la diurèse qui se maintenait auparavant à 1200 ou 1500 c.c. s'est abaissée à 500 ou 600 c.c. L'ascite et les troubles de la circulation hépatique qui la détermine, sont parmi les obstacles à la diurèse les plus difficiles à surmonter.

Néanmoins une amélioration rapide, que l'indocilité du malade compromettra bientôt, va se produire encore sous l'influence d'un traitement constitué par la diminution des aliments liquides, la suppression du sel, la théobromine et les tisanes; le poids du malade diminue de 14 livres en 20 jours.

La variété hydropique des néphrites est celle qui donne à la thérapeutique ses plus beaux succès.

Un moment vient cependant où cette thérapeutique échoue, soit en raison d'un état de cachexie séreuse qui rend la déchloruration ineffective contre l'hydropisie, soit en raison de complication cardiaque, soit en raison des progrès même de la lésion rénale, et de l'insuffisance globale de la dépuration urinaire.

Pour éloigner cette échéance fatale, il importe dans le traitement d'une néphrite hydropique, de stimuler au besoin le coeur, de préserver le rein de toute irritation nocive, d'origine alimentaire, digestive ou médicamenteuse; de constituer une alimentation déchlorurée qui pourvoit suffisamment aux besoins de la nutrition.

Nous allons appliquer ces données au traitement de notre malade, mais je crains bien qu'il n'approche du terme où les meilleurs soins doivent se montrer impuissants.

\* \* \*

Le troisième malade que j'ai à vous présenter avait des secousses convulsives, violentes et douloureuses, dans le membre supérieur gauche lorsqu'il nous est arrivé, le 4 novembre dernier. Ces convulsions étaient apparues la veille, accompagnées de perte de connaissance. Jusque là il n'avait pas perdu une seule journée de travail. Depuis plus d'un an cependant, il sentait ses forces diminuer, et souffrait de pesanteur d'estomac et même parfois de nausées et de vomissements.

Il eut plusieurs crises convulsives toujours localisées dans le membre supérieur gauche, sans perte de connaissance, pendant les premiers jours de son séjour à l'hôpital.

Il a 35 ans, son apparence générale n'est nullement mauvaise. Il est robuste bien musclé, ne présente ni oedème, ni cyanose, ni paleur bien marquée. En dehors de ses crises, il n'est pas souffrant, et il nous raconte qu'elles sont survenues sans cause connue, toxique ou autre, au cours d'une existence laborieuse régulière.

L'intégrité des fonctions nerveuses, dans l'intervalle, ne nous permet pas de leur attribuer une origine encéphalique lésionnelle. Nous nous orientons vers la recherche d'un trouble de la fonction rénale.

Le volume des urines est à peu près fixé à 1300 c.c. On n'y voit pas de cylindres ; mais elles donnent une image d'albumine et n'éliminent que 12 grammes d'urée et 4 grammes de chlorure par 24 heures. Il est vrai qu'il faut tenir compte, dans l'appréciation de ces chiffres, du fait que le malade est au repos et à une diète sévère.

L'examen du sang a une signification plus nette ; on y trouve 1.83 d'urée au litre, ce qui en l'absence d'un processus actif de diminution, nous fait conclure à l'existence d'une néphrite azotémique.

Le coeur de notre malade n'est que légèrement hypertrophié. La tension artérielle est de 220 à 140 ; mais elle tombera bientôt à 180-120.

Quelques troubles digestifs ont marqué le développement de cette néphrite, mais il n'existe pas de trace de stomatite, pas d'état saburral prononcé de la langue, pas d'odeur ammoniacale de l'haleine. Nous notons l'absence de crises diarrhéiques et même une tendance à la constipation.

Le foie n'est pas augmenté de volume et ne donne aucun pigment anormal.

Du côté de la peau, de l'appareil respiratoire, des organes des sens, rien de notable.

En somme l'histoire pathologique de notre malade, pour ce qui concerne l'affection actuelle, se borne au fait d'une existence d'une azotémie élevée avec convulsions et perte de connaissance, précédées pendant une période de 12 à 18 mois, de sensation de faiblesse, d'anorexie, et de quelques accès de nausées et de vomissements.

Pendant cette période prémonitoire, il semble que ce soit pour lutter contre la surcharge azotémique que le malade a été porté à boire de grandes quantités d'eau.

Nous l'avions, nous même, soumis à une diète hydrique pendant deux jours et nous avons institué ensuite un régime hypoazoté, composé de fruits, de riz, de pommes de terre, d'un peu de beurre frais et de ces biscuits, dits discuits à l'eau qui ne sont qu'en farine de blé bien cuite sans sel et sans eau. A ces aliments à la fois pauvres en protéine et en chlorures, nous avons ajouté du pain au bout d'une semaine.

Le volume des urines s'est maintenu, mais l'azotémie est montée de 1 gr. 83 cgr. le 6 novembre, à 2 grs. 36 ctgrs le 22 novembre, à 3 grs. 14 cgr., le 29 novembre.

Il se produit donc, en dépit du régime, une imperméabilité progressive du rein à l'urée, à laquelle correspondait un retard extrême dans l'élimination de la phénol-sulfo-phtaléine.

En même temps l'état du malade s'aggravait. Il pâlisait et devenait de plus en plus affaibli ; il accusait un malaise général, des nausées et des vomissements survenaient. La situation du malade semblait désespérée.

Pendant 48 heures, il ne put prendre et garder que de l'eau et du jus de fruits; et nous lui prescrivions de la poudre de scille à la dose de 10 centigrammes, associée à une quantité égale de scammoné, deux fois par jour, la scille ayant la réputation d'être le diurétique uréique le plus actif.

Soit coïncidence, soit effet de la médication, une amélioration lente mais régulière fut dès lors observée. Le 15 décembre, l'azotémie avait baissé à 2 grammes 20 ctgrs au litre, et le 23 décembre à 1. gramme 74 cgr.

Le 14 décembre le malade, débarrassé de ses malaises et confiant, nous quittait pour aller passer dans sa famille les fêtes du nouvel an.

Malheureusement la thérapeutique, et notamment le régime hypo-azoté, dans la néphrite azotémique, n'ont pas d'effets aussi constants et aussi durables que le régime déchloruré dans la néphrite hydropigène. Les éléments d'excrétion azotée ne peuvent être réduits au même degré que peuvent l'être les chlorures, car le métabolisme basal comporte la consommation d'une quantité minime, encore assez élevée, de protéines qui dérivent des tissus, si elles ne sont pas fournies par l'alimentation.

Ce n'est que dans des cas exceptionnels que l'on a observé une survie de quelques mois avec une azotémie permanente dépassant 2 grammes, une survie de plus de quelques années avec une azotémie dépassant un gramme.

Les seules fortes azotémies compatibles avec un pronostic favorable sont celles qui représentent un état transitoire au cours des néphrites aiguës, ou des poussées congestives des néphrites chroniques.

Chez notre malade l'affection rénale évolue insidieusement depuis plus d'un an, et s'est manifestée enfin par des accidents graves sans apparition des signes urinaires, qui trahissaient vraisemblablement un processus inflammatoire devenu soudainement plus actif. La lésion semble irréductible, et elle se rattache d'ailleurs à une cause éloignée.

Vers l'âge de 12 à 13 ans, six mois après un traumatisme, il développa un abcès vraisemblablement périnéphritique, qui fut méconnu. Il était parvenu au dernier degré de cachexie, et on attendait sa mort lorsque après 5 mois d'évolution, l'abcès s'ouvrit dans les branches.

Je vous ai montré, messieurs, trois malades qui font ressortir les formes cliniques variables que peut revêtir la néphrite.

Dans l'un de ces cas la néphrite s'est révélée surtout par l'albuminurie, dans le deuxième, le signe capital a été l'hydropisie; dans le dernier il eut été bien difficile, sans la notion l'hyperazotémie, de caractériser l'affection.

Les trois malades nous font voir sous quels aspects peuvent se présenter les rétentions chlorurées et azotées. Je compléterai bientôt cette leçon en vous faisant examiner les malades chez lesquels la néphrite se manifeste par le syndrome d'hypertension artérielle.

## NEPHRITES — LE RÉGIME ALIMENTAIRE.

## DIÉTÉTIQUE DES ALIMENTS ET DES BOISSONS.

Dr Joseph GUERARD,

Professeur de thérapeutique générale.

Le régime alimentaire est certainement la partie la plus importante du traitement des néphrites. Il en forme la base et il en remplit les deux grandes indications : d'une part, ménager le rein malade en diminuant l'apport des corps irritants à excréter ; d'autre part, régler l'introduction dans l'organisme des substances dont l'accumulation a des effets nuisibles.

Nous allons étudier d'une manière succincte les notions essentielles qui ont trait au régime lacté, au régime déchloruré et au régime hypo-azoté.

*Régime lacté.*—Le régime lacté est dit intégral ou mitigé suivant que le malade se nourrit exclusivement de lait, ou bien que ce liquide n'entre que pour une part dans son alimentation.

La composition du lait de vache par litre est la suivante :

Albuminoïdes .....	41	grammes
Graisses .....	39	“
Lactose .....	52	“
Sels .....	8	“

dont 1 gr. 60 environ pour le chlorure de sodium.

Ainsi, un adulte qui en absorbe 3 à 3½ litres par jour fait une ingestion qui correspond à une moyenne quotidienne de 120 à 140 grammes d'albumine—autant de graisses, pour 150 à 180 grammes d'hydrates de carbone—4.50 à 6 grammes de sel, et l'eau pour le volume d'environ 3 litres.

Pour être bien toléré et donner des résultats, le lait doit être administré suivant certaines règles. Il doit être ingéré par doses fractionnées, réparties sur la période diurne 200 à 300 grammes toutes les 2 heures—par exemple. Ce lait sera pris bouilli ou non ; coupé d'eau ou aromatisé. Parfois il y aura avantage à l'écrémer ou à l'additionner d'un peu d'eau de chaux. Pour éviter le mauvais goût et une langue pâteuse, après chaque prise, on fait un rinçage de la bouche avec de l'eau de Vichy. Après quelques jours de régime lacté exclusif, on passe au régime lacté, mitigé par



l'adjonction d'autres aliments de nature végétale et surtout d'aliments farineux, pâte, riz et farines diverses. On pourra, par exemple, prescrire 2 à 300 grammes de lait le matin et l'après-midi au goûter, et une bouillie préparée avec 250 ou 300 grammes de lait à chacun des repas du midi et de soir, qui comporteront en outre des féculents, des légumes, des fruits cuits ou crus, des confitures, etc.

Le régime lacté, bien que trop riche en azote, se recommande dans le traitement des néphrites par ses propriétés diurétiques, qu'il doit à sa teneur considérable en eau et à la présence de lactose. Il réalise, en outre, un régime hypo-chloruré, et, d'autre part, il donne lieu à peu de déchets. Il constitue ainsi un régime de désintoxication. C'est en raison de ses propriétés diurétiques, déchlorurantes et désintoxicantes, que le régime lacté est souvent indiqué dans les néphrites.

Mais, il a aussi des inconvénients; les uns sont dus au lait lui-même et, les autres, au malade qui l'ingère. Il contient trop d'albumine pour les azotémiques, trop de chlorures pour les chlorurémiques, et trop d'eau pour les brightiques oedémateux, hypertendus, ou en état d'insuffisance cardiaque.

En outre nombreux sont les malades qui ont pour lui un dégoût insurmontable, ou qui le digèrent mal; ce qui conduit quelquefois à des accidents d'intoxication ou d'anaplylaxie alimentaire. Enfin, même bien toléré, le régime lacté exclusif provoque un état d'hypo-nutrition. Ce n'est donc plus aujourd'hui pour les rénaux la panacée qu'on avait voulu en faire jadis et voici comment M. Castaigne en a résumé les indications:

1o—Le régime lacté devra toujours être imposé à la période d'état des néphrites aiguës;

2o—Chez tous les sujets atteints de néphrite sans trouble de la perméabilité rénale, le régime lacté est inutile;

3o—Chez ceux qui présentent seulement de la rétention chlorurée, le régime déchloruré est bien supérieur à l'alimentation lactée exclusive;

4o—Chez ceux qui ont une néphrite chronique urémigène, le régime lacté peut être utile au cours de tous les épisodes aigus (poussées d'albuminurie, d'hématurie, tendance à l'anémie). On institue d'abord la diète-hydrique et ensuite l'alimentation lactée exclusive, sans dépasser deux litres. Ici, il ne faut pas s'acharner à faire disparaître toute trace d'albumine, et au bout de huit à quinze jours en moyenne, on a obtenu du lait tout ce qu'il peut procurer, et il faut passer à un autre régime hypochloruré et hypo-azoté.

Ainsi envisagé, le régime lacté absolu apparaît comme un régime d'exception, utile pour parer à des accidents aigus, réaliser la mise au repos du

rein, et la désintoxication de l'organisme. Ce résultat ne peut être obtenu qu'en donnant le lait à dose insuffisante pour constituer une alimentation longtemps prolongée.

Avant de parler des régimes déchloruré et hypo-azoté, nous dirons quelques mots de la diète-hydrique, qui s'impose parfois, en raison soit de l'acuité du processus néphritique, soit de l'existence d'accidents urémiques, et notamment de phénomènes d'intoxication.

Le régime hydrique consiste à ne faire prendre que de l'eau, additionnée, ou non, de 40 à 50 grammes de lactose par litre. La quantité varie entre 1 et 2½ litres. Exceptionnellement on le prolonge au delà de 2 à 3 jours. Certains urémiques ont avantage à le continuer 8 jours.

Associée aux purgations salines, la diète hydrique constitue une cure de désintoxication et d'élimination.

La transition au régime lacté, puis lacto-végétarien, se fait d'une façon progressive.

\* \* \*

*Régime déchloruré.*—Ses indications relèvent du pouvoir hydropigène du chlorure de sodium, retenu dans l'organisme, quels que soient d'ailleurs

Le régime lacté constitue un régime hypochloruré; Cependant la ration quotidienne de 2 à 3 litres représente une ingestion de 3 à 5 grammes de sel par jour—ce qui est encore trop élevé dans les cas de rétention chlorurée très marquée. Elle peut être réduite à 1 gr. 50, si l'on compose la ration alimentaire avec des aliments plus pauvres en sel que le lait, et si l'on s'astreint à ne pas saler les aliments. Ce qui est le propre du régime déchloruré.

Le régime déchloruré offre sur le régime lacté l'avantage de restreindre l'apport alimentaire, non seulement du sel, mais encore des albuminoïdes et des liquides, et, par conséquent, de remplir mieux que le régime lacté les indications qui découlent de la rétention hydro-chlorurée et de la rétention azotée. D'autre part, il se prête à la variété des menus, nécessaire pour un régime de longue durée.

La restriction du sel ne vise pas seulement l'œdème, elle s'adresse aussi à la pléthore sanguine, surtout chez les néphro-scléreux, qui, bien que sans œdème, ont perdu la faculté d'éliminer normalement l'eau et les chlorures ingérés. Cette condition est réalisée dans la néphrite azotémique où il en résulte un état permanent de rétention hydro-chlorurée sèche. Cet état paraît commander la restriction du sel et la réglementation des liquides, en raison de la pléthore sanguine et de l'hypertension artérielle qui en résultent.

La pratique du régime déchloruré se conçoit aisément. La ration alimentaire, capable de fournir les calories nécessaires, sera composée d'ali-

ments pauvres en sel, et ces aliments seront cuits sans sel. On autorise ensuite le malade à en ajouter une certaine quantité, quand l'état de sa perméabilité rénale le permet et dans la mesure où elle le permet, en tenant compte que le régime strictement déchloruré comporte par lui-même une ingestion quotidienne d'environ 1 gr. 50 de sel de constitution. On commencera par permettre 1 gr. 50 à 2 grammes, sans jamais dépasser 5 à 6 grammes par jour, à moins que la néphrite soit complètement guérie. D'ailleurs, après quelque temps de privation, le malade a son goût satisfait par des quantités minimales—1 gr. 50 à 2 grammes.

M.M. Widal et Javal synthétisent dans la formule suivante le régime alimentaire moyen, que l'on peut donner dans la cure de déchloruration :

Pain déchloruré .....	200 grammes
Viande .....	200 “
Légumes .....	250 “
Beurre (sans sel) .....	50 “
Sucre .....	40 “
Eau .....	1 litre $\frac{1}{2}$
Vin .....	0.30 centilitres
Café .....	0.30 “

Cette ration fournit environ les 1500 calories, suffisantes pour un malade au repos, et les 60 grammes d'albumine, nécessaires pour la conservation et la régénération des tissus.

La quantité de sel à ajouter aux aliments doit toujours être déterminée d'après la façon dont les chlorures sont éliminés.

\* \* \*

*Régime hypo-azoté.*—La notion de la rétention azotée a montré l'importance qu'il y a à restreindre l'apport de l'azote alimentaire, donc des albuminoïdes, chez les brightiques azotémiques. C'est ici qu'il faut tenir compte que le lait contient 41 grammes de protéines au litre et 52 grammes d'hydrate de carbone. Comme le remarquent M. Widal et Javal, "le régime lacté ne doit pas être systématiquement opposé au régime carné comme on l'a fait trop longtemps. Il ne faut pas perdre de vue qu'un litre de lait contient au moins autant d'albumine que 180 grammes de viande. La viande n'est pas pour le brightique un aliment nocif, pourvu que la ration en soit à peu près proportionnée à la quantité d'azote, dont les reins peuvent assurer le passage sans forcer l'accumulation de l'urée dans le sang."

Il est évident que, dans le régime hypo-azoté, on exclura le plus possible les aliments riches en albumine, tels que les viandes de toutes natures : poissons, oeufs, légumineuses et même lait. C'est dire que ce régime sera

surtout composé de féculents de toutes sortes, de légumes verts et de fruits sous toutes les formes. M.M. Achard et Paiseau donnent, comme type de régime hypo-azoté végétarien et déchloruré, les menus suivants pour une journée.

Repas du matin : thé léger, biscottes sans sel—

Dîner, une potage (bouillie au tapioca ou panade sucrée) ; riz ou macaroni ; légumes verts ; pruneaux ou confitures ; 100 grammes de pain déchloruré ; eau comme boisson—

Souper : plat de légumes verts ; purée (pommes de terre, marrons ou navets) ; légumes au sucre ou au beurre (carottes ou épinards) ; compote de fruits ; 100 grammes de pain déchloruré ; eau comme boisson.

D'après ce type de régime hypo-azoté, on pourra permettre au malade des variantes, qui seront d'autant plus opportunes qu'il s'agit d'un régime de longue haleine.

D'ailleurs on se règlera sur le taux de l'azotémie pour élargir le régime, et on se basera sur la teneur en albumine des aliments usuels telle qu'on la trouve dans le tableau de M. Marcel Labbé.

\* \* \*

*Les boissons :* L'eau, soit en nature, soit sous forme d'infusion, constitue la boisson idéale dans les néphrites. Mais les lois de l'élimination montrent que la boisson doit être envisagée, non seulement au point de vue de la qualité, mais encore au point de vue de la quantité. Comme le remarquait M. Widal en 1908, "la surveillance des liquides doit s'appliquer à tous les brightiques, qu'ils soient ou non chargés d'oedèmes. La mesure des liquides à prescrire est un des points de diététique le plus souvent négligés, et cela alors même qu'on fournit les indications les plus précises sur les autres points du régime."

Il est entendu que le rein aura besoin d'une quantité d'eau d'autant plus grande qu'il aura plus de matériaux à excréter et que son pouvoir de concentrer sera moins élevé, mais il y a aussi un problème extra-rénal et surtout circulatoire à considérer. Car, si les sujets sains peuvent boire sans graves inconvénients de grandes masses de liquide, il est loin d'en être de même chez les cardiaques et chez les rénaux.

On sait en effet les bons effets de la restriction des liquides chez les cardiaques et comment on prévient par ce moyen l'apparition de la dilatation cardiaque et des phénomènes hyposystoliques. Il est évident que l'encombrement de l'appareil circulatoire par les liquides ingérés en excès se produira d'autant plus sûrement que les reins scléreux sont moins capables d'éliminer,

Chez les brightiques chlorurémiques oedémateux, l'existence de la rétention hydro-chlorurée, qui indique la déchloruration, indique du même coup la restriction des liquides. Car, le but à atteindre est de faire uriner ces malades, non pas en les faisant boire beaucoup, mais en les mettant à même d'éliminer l'eau salée qui les infiltre. C'est ici que le régime lacté intégral introduit dans l'économie plus de sel que le régime déchloruré strict et trop d'eau. M. Widal rapporte le cas d'un brightique oedémateux à grosse albuminurie qui conservait ses oedèmes avec 3 litres de lait et qui les vit disparaître avec un régime comportant 400 grammes de viande crue, 160 grammes de sucre, 80 grammes de beurre, 500 grammes de pain déchloruré ou 1000 grammes de pommes de terre.

La question est moins simple en ce qui concerne les brightiques azotémiques hypertendus. Ayant un pouvoir de concentration moins grand, ils doivent uriner plus, ce qui les force à boire davantage. L'hypertension et la fatigue du coeur en sont la conséquence, d'autant plus que chez ces sujets, les liquides, éliminés lentement et tardivement du fait du barrage rénal, sont retenus dans le système circulatoire. Il faut ici régler et la qualité et la quantité des aliments.

En effet, si les brightiques chlorurémiques oedémateux s'accommodent d'un régime alimentaire substantiel et assez riche en azote pourvu qu'il soit déchloruré et hypohydrique, les brightiques azotémiques hypertendus sont justiciables d'un régime, d'une façon générale restreint, qui étant hypo-azoté et hypo-chloruré, pourra être relativement modéré en eau. La restriction du sel a l'avantage de n'exciter ni la soif, ni l'appétit et de faire réduire la quantité des aliments et des boissons. La restriction du sel s'impose aux brightiques azotémiques hypertendus, non pas pour combattre l'oedème, mais pour faciliter la tâche excrétoire du rein, et pour combattre les effets de la pléthore sanguine liée chez eux à la rétention hydrochlorurée sèche.

Il n'est pas possible de donner des chiffres précis pour la quantité quotidienne de liquide que peuvent et doivent ingérer les brightiques. Cette quantité dépend des indications particulières à chaque cas, de la composition même du régime et de la teneur plus ou moins grande en eau des aliments qui y entrent. D'une façon générale, elle variera entre 600 et 1200 centimètres-cubes à 2 litres et  $\frac{1}{2}$  dans les cas de diète hydrique ou de régime lacté exclusif. On tiendra compte, pour sa détermination, du volume et du rythme de l'élimination urinaire nyctémérale.

# L'HYDRONEPHROSE

## ETUDE CLINIQUE

**Dr Arthur SIMARD,**

Professeur de clinique chirurgicale.

L'hydronéphrose forme une tumeur liquide qui, pendant longtemps, a été la grande simulatrice en pathologie abdominale. Et si encore aujourd'hui, elle passe parfois insoupçonnée, si son diagnostic laisse le praticien souvent perplexe, c'est d'abord parce qu'on n'y pense pas, et ensuite parce qu'elle ne se présente pas toujours à l'examen avec la même physionomie clinique. Car il faut se rappeler que l'hydronéphrose, qui est une distension du bassinet et des calices par l'urine aseptique, peut être ou formé, ou ouverte. L'urètre obturé définitivement, amène en peu de temps l'arrêt de la sécrétion urinaire par dégénérescence, et alors la poche hydronéphrotique ne peut pas s'accroître indéfiniment. C'est ce qui fait qu'elle ne peut jamais devenir d'un très grand volume, chose très importante à retenir au point de vue diagnostic. Au contraire, lorsque l'obstacle à l'écoulement de l'urine est temporaire ou insuffisant pour fermer complètement l'urètre, la rétention se fait bien en arrière de l'obstacle, mais le trop plein se vide de temps à autre; l'atrophie rénale par compression tarde à devenir totale et avant que la sécrétion urinaire soit abolie, la poche hydronéphrotique a le temps de s'accroître démesurément, au point de former une tumeur liquide pouvant remplir toute la cavité abdominale. Parfois cependant la fermeture urétérale devient momentanément absolue, de partielle qu'elle était, et la distension brusque de la poche, qui en est la conséquence immédiate, va faire apparaître les symptômes caractérisant la crise d'hydronéphrose intermittente. Puis l'obstacle en partie levé, l'orage passé, la tumeur liquide rénale reprendra sa physionomie clinique habituelle. Donc, les grosses tumeurs silencieuses, de même que celles qui s'accompagnent de crises, ne peuvent pas être des hydronéphroses fermées, jamais volumineuses et toujours indolentes, habituellement insoupçonnées du malade. Maintenant l'urine qui rétentionne dans la poche rénale ne reste pas toujours aseptique; fatalement l'infection va apparaître, soit par voie ascendante, soit par voie sanguine, et modifiera encore le tableau clinique. Ceci, bien entendu, ne s'applique qu'aux hydronéphroses ouvertes.

Ces notions essentielles bien comprises, facilitent beaucoup l'étude du diagnostic de l'hydronéphrose qu'il va falloir différencier des autres tumeurs de l'abdomen.

L'observation suivante va nous donner l'occasion de mettre en vedette les signes cliniques essentiels de cette affection et d'en apprécier leur valeur absolue ou relative.

Madame P., âgée de 42 ans, a été hystérectomisée il y a 8 ans, et jusqu'au début de l'année 1923, a toujours joui d'une bonne santé. Jusqu'en septembre de la même année, elle a accusé de temps à autre des douleurs dans le flanc droit avec quelques mixtions fréquentes. Mais en septembre, elle a été prise, à la campagne, d'une crise de douleurs subites avec température élevée, vomissements et syndrome d'obstruction intestinale. On a pensé à une crise appendiculaire. Un mois et demi après, revenue chez elle, les douleurs qui avaient persisté dans le côté droit ayant augmenté d'intensité, elle consulte son médecin qui découvre une tumeur volumineuse. De là son entrée à l'hôpital.

A l'examen on constate un état général plutôt mauvais, de l'amaigrissement, des troubles gastro-intestinaux chroniques, des mictions fréquentes diurnes et parfois nocturnes, une température vespérale de 100°. Elle porte dans la région droite de l'abdomen une tumeur de la grosseur d'une tête de fœtus à terme qui fait bomber la paroi. Cette tumeur est un peu douloureuse à la pression, rémittente, quasi fluctuante, de consistance égale, lisse, à peu près non mobilisable, à contact lombaire. La percussion permet de reconnaître une bande de sonorité antérieure, un peu déjetée en dedans. Le foie paraît normal et séparé de la tumeur par une légère sonorité.

L'examen des urines donne comme résultat : V. 1500 grammes, urines troubles, des traces d'albumine, de nombreux leucocytes, pas de globules rouges.

La première chose qui frappe, c'est qu'il ne s'agit pas en l'espèce d'une tumeur solide, mais bien d'une masse rémittente, voire fluctuante—évidemment une collection liquide. C'est déjà un premier pas de fait. Et cette tumeur liquide, développée dans la loge rénale, paraît bien appartenir au rein.

Cependant, il faut penser aux erreurs de diagnostic toujours possibles, et rapidement éliminer la grosse mucoécèle, le kyste pancréatique, le kyste du mésentère, la rate, et chez une malade non hystérectomisée, le kyste de l'ovaire à long pédicule qui, parfois a été cause des surprises.

Ici on peut mettre de côté facilement la mucoécèle qui suit les mouvements du foie—n'est pas recouverte d'une bande sonore—ne présente pas de contact lombaire, s'accompagne quasi toujours d'une histoire hépatique,—habituellement mobile.

Le kyste pancréatique ne peut pas non plus supporter une longue discussion. Il est ordinairement gauche médian, limité au dessus comme au-dessous par de la sonorité. C'est la tumeur la plus douloureuse de l'abdomen, développe le syndrome pancréatique—n'a pas de contact lombaire, excepté peut-être à gauche où il faut songer en plus à la rate.

Le kyste du mésentaire, médian, sous ombélical, est la tumeur la plus mobile de l'abdomen; et son défaut de contact lombaire l'élimine facilement.

Par exclusion, cette malade porte une tumeur rénale. Mais de quelle nature est-elle? Ce n'est certes pas un gros sarcôme mou, toujours de consistance inégale, bosselé, solidement adhérent et s'accompagnant souvent d'hématuries rénales, intermittentes. Non, il faut étudier les affections du rein pouvant donner une poche liquide considérable douloureuse à la pression, accompagnée de troubles vésicaux, de la température, de signes d'intoxication générale, Tuberculose? Oui, une vieille tuberculose qui aurait détruit le rein, produit des poches pyonéphrotiques, pouvait à la rigueur donner une tumeur analogue. Mais alors, il y aurait longtemps que la vessie aurait été infectée, qu'elle aurait donnée, par la cystite, le signal d'alarme. Il y aurait eu des décharges purulentes de temps à autre bien caractéristiques d'une rétention de pus dans le rein distendu. Tout de même la tuberculose devait être éliminée chez notre malade.

L'examen de la vessie a fait constater qu'elle acceptait sans protester plus de 200 grammes de liquide. Au cystoscope elle est reconnue normale. L'examen bactériologique de l'urine retirée par cathétérisme urétéral donne comme résultat : pas de bacille de Koch, mais de nombreuses bactéries, dont le coli.

Donc, notre malade, portant dans la région rénale, une tumeur liquide à contact lombaire, souffre d'un rein distendu ou hydronéphrotique, compliqué d'une infection secondaire.

Maintenant, si l'on voulait aller plus loin, et, se demander pourquoi cette hydronéphrose s'est ainsi installée sourdement, pour ensuite progresser rapidement, bref, pour établir la pathogénie, d'autres examens sont nécessaires.

Il faut rechercher la calculose par la radiographie et le cathétérisme urétéral. Ici, ces deux examens ont été négatifs. Il faut donc se rabattre sur la mobilité rénale dont la malade a souffert depuis de nombreuses années, suivant les renseignements donnés par son médecin.

Cette observation permet donc, n'est-il pas vrai, de mettre en relief les signes essentiels sur lesquels on peut asseoir un diagnostic solide d'hy-



dronéphrose infectée. Mais on peut se demander : toutes les hydronéphroses se présentent-elles toujours avec une physionomie analogue ? Certes non, malheureusement.

Il existe des hydronéphroses qui progressent silencieusement et qui ne donnent des signes cliniques que par leur volume. Le cathétérisme urétéral est ici le moyen essentiel du diagnostic.

D'autres, sans produire de grosses tumeurs, s'accompagnent de crises douloureuses, de distension brusque rénale, "hydronéphrose intermittente". Mais l'orage passé, tout rentre dans l'ordre jusqu'à la prochaine crise.

—Mais le rein n'est pas seulement douloureux à la distension ; il le devient aussi par son infection. De là les hydronéphroses infectées, comme celle dont souffrait notre malade.

En somme, dans les cas obscurs, si l'on procède par élimination, si l'on pratique systématiquement les différents examens nécessaires pour apprécier l'état du rein—radiographie, cathétérisme urétéral qui permet de constater une rétention rénale—l'examen complet des urines chimique et bactériotique, les erreurs de diagnostic seront presque toujours évitées.

**L'ANTIPHLOGISTINE** agit par les nerfs cutanés de la région enflammée, en augmentant fortement l'activité des vaisseaux sanguins et lymphatiques, ce qui favorise l'élimination de produits morbides. Par une action normale et physiologique, elle apporte des matières régénératives aux parties souffrantes des perversions de nutrition qui caractérisent le procédé inflammatoire. Aux médecins et aux autres intéressés à se familiariser avec ce remède remarquable, la DENVER CHEMICAL MFG. CO, 20 Grand Street, NEW-YORK, U. S. A., enverra sur simple demande des brochures spéciales qui donnent des renseignements plus détaillés.

## LA TUBERCULOSE RENALE

Dr P. C. DAGNEAU,

Professeur de clinique chirurgicale.

On entend par tuberculose renale une maladie constituée par le développement de colonies de bacilles de Koch au niveau du rein; comme partout ailleurs, ces colonies évoluent ou bien vers l'ulcération en surface ou bien vers le tubercule qui peut alors subir les trois terminaisons que l'on connaît: soit la dégénérescence fibreuse, soit la dégénérescence caséuse ou la fonte du tubercule soit enfin l'abcédation par infection secondaire.

Dans le plus grand nombre de cas, entre 85% et 95% suivant les auteurs, l'infection arrive par voie sanguine, soit d'une infection locale quelconque, soit de l'infection ganglionnaire initiale.

Ces différents types évolutifs modifieront l'apparition et l'ordre des symptômes sans cependant en changer le groupement fondamental. Comme toute tuberculose celle-ci peut évoluer quelques fois très rapidement en donnant des symptômes de néphrite aiguë que l'on a appelé néphrite tuberculeuse et qu'il faut bien distinguer de la forme à évolution lente parce qu'elle ne justifie pas comme la première le même traitement. En effet la forme chronique seule reste une lésion localisée et partant traitable.

La tuberculose renale est une de ces maladies qui restent longtemps voilées avant que le malade ne se présente au chirurgien qui dans l'état actuel des choses, est seul en état d'apprécier en connaissance de cause, quel bénéfice un traitement raisonnable peut donner. La raison en est que la maladie s'installe insidieusement et les premiers symptômes dont les malades se plaignent ne prennent pas aux yeux du médecin d'abord consulté toute l'importance qu'on doit leur attribuer. On perd un temps précieux à attendre ce que l'on appelle les symptômes positifs et malheureusement le malade traverse sans traitement la période pendant laquelle on peut encore lui être utile.

Il y a donc, tout à fait au début, une surveillance exacte à exercer sur un symptôme qui n'appartient pas exclusivement à cette affection, mais qui s'y rencontre dans la grande majorité des cas, c'est la *fréquence de la miction*; si cette fréquence apparaît et pendant le jour et pendant la nuit, il faut immédiatement pousser plus loin et s'assurer de sa cause.

Dans le cas de tuberculose renale cette fréquence s'accompagnera souvent de *pyurie* c'est-à-dire de la présence de pus dans l'urine.

Ici, encore la pyurie même légère n'indique pas toujours, loin de là, la tuberculose renale, mais si elle se rencontre dans une urine acide, les chances sont nombreuses que l'infection bacillaire soit au fond de cet état pathologique.

On a voulu trouver directement dans cette pyurie un signe caractéristique et positif de la nature de l'infection; et tout d'abord, on a recherché au microscope le bacille Koch dans l'urine infectée. Il est exceptionnel que l'on puisse le trouver; la raison en est probablement qu'il n'est pas vraisemblable qu'au début la lésion suppérative s'ouvre directement dans le courant urinaire de façon à donner des quantités appréciables de bacilles.

On a voulu encore par l'injection intrapéritonéale déterminer des lésions bacillaires chez le cobaye; cette réaction prend de 12 à 21 jours avant de donner un résultat appréciable. On a récemment modifié la technique en injectant dans l'aîne de l'animal, après avoir traumatisé la région. On aurait alors une réaction rapide dans les trois ou quatre jours.

Il se présentera alors de temps en temps, un autre symptôme l'hématurie. Ce symptôme souvent est le premier qui frappe l'attention du malade, mais il ne faut pas l'attendre pour faire un diagnostic si d'autres symptômes d'ailleurs l'ont précédé.

L'hématurie peut dépendre d'autres causes, elle peut relever de la présence d'un calcul; la radiographie alors éclairera très généralement la situation d'une façon absolue. Elle peut encore relever de tumeurs renales ou viscales mais alors elle éclate sans symptômes prémonitoires dans une urine aseptique et sans fréquence de la mixtion.

Aucun de ces signes pris isolément, n'est une preuve absolue de l'existence de l'affection, mais leur réunion constitue le trépied sur lequel commence de s'édifier la connaissance exacte de l'affection en cause.

Il ne faut jamais ni attendre le symptôme douleur, ni en faire état, qu'il s'agisse de diagnostiquer la lésion ou sa localisation. Plusieurs malades ne souffrent pas si ce n'est à la fin et si ce n'est de leur vessie; et la douleur rénale, qui existe est souvent localisée au rein sain; si l'on en tenait trop compte on pourrait être entraîné à des erreurs très graves.

C'est pour arriver à cette dernière constatation qu'il faut entreprendre les dernières recherches et les dernières épreuves.

Pour localiser l'affection il faut faire une *cystocopie* et l'examen comparé des deux urines; cet examen nous dira quel est le rein malade et si l'autre rein secrète une urine normale. Pour apprécier la valeur de la fonction urinaire les moyens sont nombreux depuis les épreuves du Bleu de Méthylène, Fluoritzine, etc., jusqu'à la constante d'Ambard.

Toutes ces épreuves ne se peuvent faire qu'à l'hôpital et les malades dont le rein semble intéressé, quel qu'en soit la cause, profitent toujours d'un séjour à l'hôpital.

Quand la tuberculose se limite à un rein, que le malade en bonne santé d'ailleurs est possesseur d'un second rein capable de suffire à la fonction, l'intervention chirurgicale est positivement indiquée et les résultats sont très généralement heureux; il est facile de trouver dans la clientèle chirurgicale de nos hôpitaux des amputés du rein qui sont en bonne santé, 10, 15, 20 ans, après l'intervention chirurgicale.

Cette opération d'ailleurs ne présente pas de bien grands dangers. Il est très difficile, à cause de la variété des malades porteurs de tuberculose renale que l'on rencontre, d'établir une statistique qui soit bien probante, mais faite assez tôt, chez des malades bien étudiés où l'état général est suffisant, l'ablation d'un rein ne donne certainement pas plus que 1% de mortalité, et dans les cas heureux, on voit des malades se lever une semaine après l'intervention et reprendre leur vie active dans le mois qui suit, soulagés presque instantanément de leurs symptômes.

Si les deux reins sont affectés ou si l'état contraindique une intervention, il faut alors se contenter d'un traitement hygiénique, lequel sans donner d'aussi brillants résultats peut amener des survies très étendues, des améliorations très considérables pour ne pas dire des guérisons, et j'ai présent à l'esprit deux malades qui l'un depuis 24 ans, l'autre depuis 12 ans, se sont débarrassés de tous leurs symptômes de tuberculose renale évidente et mènent, aujourd'hui, une vie très active dans des conditions de santé normales.

Ce traitement hygiénique doit être très sérieusement appliqué et très exactement suivi, il peut se résumer en quelques mots: d'abord une alimentation abondante, hygiénique, sans se laisser trop influencer par l'apparition de certaines quantités d'albumine dans l'urine: souvent en effet, on se base sur cette présence d'albumine pour mettre des malades à un régime sévère et déprimant qui n'est guère favorable à la cure. Ensuite la vie au grand air avec de l'exercice modéré, loin de toutes les causes de fatigue ou d'infection secondaire; il est des malades qu'un séjour de six mois en pleine forêt a littéralement ramené à la vie. Enfin l'emploi très modéré et bien surveillé des antiseptiques urinaires, de façon à ne jamais congestionner le rein, ni l'exposer à des irritations très sérieuses.

Le seul symptôme vraiment irritant pour les malades c'est la fréquence de la mixtion; contre laquelle le seul procédé utile consiste à faire des instillations sédatives dans la vessie.

Chaque malade semble d'ailleurs avoir une préférence pour tel ou tel médicament employé ordinairement.

## DU DIAGNOSTIC DE LA LITHIASE RENALE.

Dr Charles VEZINA,

Assistant professeur d'anatomie.

Le diagnostic de la lithiase rénale est quelquefois facile, lorsque tous les signes se trouvent réunis au complet. Il y a des cas classiques de lithiase rénale comme il y en a de toute autre affection.

Cependant, il arrive très souvent que le diagnostic reste incertain et que des erreurs sont commises, même par des cliniciens très avertis.

Il existe toutefois un certain nombre de symptômes qui, bien étudiés et bien contrôlés, doivent nous permettre de faire le diagnostic de la lithiase rénale.

Lorsqu'on se trouve en présence d'une anurie, d'une tuméfaction rénale, ou de certains troubles subjectifs sans tumeur rénale, il faudra toujours avoir présent à l'esprit la possibilité de la calculose rénale. (1)

La lithiase rénale peut se manifester par une anurie. Mais d'un autre côté, il ne faut pas oublier que cette anurie peut se rencontrer dans d'autres affections.

Dans l'anurie par compression, on sentira toujours le rein augmenté de volume, tandis que cette augmentation de volume fera presque toujours défaut dans l'anurie calculuse.

La néphrite aiguë ou chronique pourrait nous induire en erreur, mais dans ce cas l'histoire du malade nous permettra d'éliminer la lithiase rénale.

L'anurie goutteuse peut se rencontrer chez un lithiasique. Ici le diagnostic présentera quelques difficultés. Cependant, d'après Legueu, la présence d'un peu de sang à la miction devra faire pencher le diagnostic en faveur de l'anurie calculuse. D'ailleurs l'anurie goutteuse survient habituellement avec l'attaque de goutte.

La constatation d'une tuméfaction rénale devra nous faire penser à la lithiase. L'analyse des urines nous renseignera sur l'existence d'une pyonéphrose ou d'une uronéphrose.

Si avant l'apparition de la pyonéphrose, le malade a présenté des signes de lithiase, le diagnostic devient alors facile.

Mais quelquefois le calcul s'est développé après la pyonéphrose, le diagnostic est alors impossible à faire sans la radiographie.

Lorsque l'analyse des urines élimine la pyonéphrose, il faut penser à l'hydronéphrose intermittente. Dans ce cas le cathétérisme des urètres est nécessaire.

La lithiase rénale peut encore se manifester par certains troubles fonctionnels et subjectifs.

Voici, par exemple, un pyurique. Si c'est un malade jeune, on pense avec raison à la tuberculose rénale. Mais il ne faudra pas rejeter inné-

(1)—F. Legueu. *Traité chirurgical d'Urologie.*

diatement le diagnostic de calculose, à moins que la recherche du bacille de Koch dans les urines et les inoculations au cobaye aient été positives.

*D'ailleurs la radiographie est une nécessité chez les pyuriques.*—(Legueu).

Voilà un autre malade qui a des hématuries. Sont-elles provoquées? On pense avec raison au calcul. Surviennent-elles au contraire indifféremment, que le malade soit au repos ou en mouvement? On songe à la tumeur rénale.

Le symptôme douleur dans la lithiase est un signe très important, mais il n'est pas pathognomonique. La colique néphritique elle-même peut relever d'une autre cause. Il faudra par conséquent bien étudier les caractères de cette douleur et rechercher les autres signes qui l'accompagnent avant de poser le diagnostic de calcul rénal.

La colique hépatique peut être confondue avec la colique néphritique, et l'erreur est d'autant plus facile que les mêmes réflexes digestifs, nausées, vomissements, coliques intestinales, peuvent se rencontrer dans les deux affections. Aussi, devons-nous, dans ces cas, examiner bien attentivement le rein et l'urètre droits.

Il ne faudra pas oublier non plus que certaines formes frustes d'ataxie locomotrice peuvent en imposer pour de véritables crises calculueuses.

De même l'hystérie, surtout lorsqu'elle s'accompagne d'hématurie.

C'est encore la douleur qui fait penser au calcul de l'urètre, et si l'hématurie est absente, toutes les erreurs sont faciles à faire, on pense à l'appendicite, à la salpingite.

Mais lorsque la douleur s'accompagne d'hématurie il n'y a plus de doute que cette douleur a pour point de départ le rein ou l'urètre.

On éliminera facilement la tumeur rénale dont les douleurs n'ont pas de caractère spécial, et les hématuries ne sont pas provoquées comme dans la lithiase. L'existence d'une tumeur facilitera le diagnostic.

Les hémorrhagies des papillômes de l'urètre sont très abondantes et sans douleurs.

Il reste les néphrites douloureuses hématuriques qu'on ne peut, sans radiographie, distinguer de la calculose.

On peut dire que le diagnostic de la lithiase rénale est, dans un grand nombre de cas, difficile à faire. On ne devra jamais l'affirmer sur l'existence d'un seul symptôme.

Ce n'est qu'après avoir bien examiné son malade, après avoir groupé et bien interprété tous les symptômes qu'il a pu présenter, qu'on sera justifiable de poser le diagnostic de lithiase rénale. Il pourra même arriver, qu'après s'être entouré de toutes ces précautions, on demeure dans le doute.

Il vous reste alors un moyen précieux de diagnostic, c'est la radiographie. (1)

(1)—**Duval Gatellier et Bécèle.** La radiographie de profil pour la localisation des ombres calculueuses de l'hypochondre droit.

Elle permet quelquefois de découvrir des calculs qu'on n'avait pas même soupçonnés.

Tout individu qui souffre d'un rein, tout individu qui présente de la pyurie dont on ne peut trouver la cause, doit être radiographié.

Il faut bien savoir que toutes les ombres calculeuses ne sont pas perçues avec la même netteté.

Les calculs formés d'oxalates sont les plus compactes, leur ombre est plus nette que celle des calculs composés de phosphates et d'urates.

Quant aux calculs d'acide urique pur, ils donnent une ombre très peu visible qui se confond avec l'ombre de la substance rénale et des muscles.

Si l'on veut avoir un résultat satisfaisant, il est nécessaire d'observer certaines règles. Il faut d'abord purger le malade de façon que son intestin soit vide au moment de la radiographie. De cette façon on évitera de prendre des scyballes pour des calculs. Il est de plus nécessaire de radiographier l'appareil urinaire en entier : les deux reins, les deux urètres et la vessie.

Il faut enfin, et l'on n'insiste peut-être pas assez sur ce point très important, lorsqu'il s'agit du rein droit, toujours faire des radiographies de face et de profil. La radiographie de profil dans ce cas, est le seul moyen sûr de différencier les calculs rénaux des calculs biliaires.

D'après George et Leonard, dans une radiographie de l'hypochondre droit, les calculs de la vésicule biliaire sont toujours situés très en avant du rachis sous la paroi abdominale, tandis que les calculs du rein se projettent sur la partie postérieure du corps vertébral.

Ces données ont été confirmées par Duval, Gatellier et Bécèle, par l'expérimentation sur le cadavre et les constatations opératoires.

Cependant la radiographie ne doit pas être considérée comme l'unique moyen de diagnostic des calculs rénaux. Comme le laboratoire, c'est un aide efficace apporté à la clinique qui doit toujours garder la première place dans l'édification d'un diagnostic. Car, lorsqu'on néglige la clinique, on risque souvent de faire des erreurs.

Je me souviens d'un malade qui présentait, depuis quelque temps, des douleurs dans l'hypochondre droit. Avec ses douleurs coïncidaient de petites hématuries. Une radiographie de profil montre deux calculs situés très en avant du rachis, à l'endroit où devrait se trouver un calcul de la vésicule biliaire. On fait le diagnostic de calculs biliaires.

L'opération montre une vésicule normale, mais deux calculs situés dans un rein ectopié avec hydronéphrose congénitale.

La radiographie n'en demeure pas moins un adjuvant précieux de la clinique dans le diagnostic des calculs rénaux, et comme le disait Duval, "il faut que les cliniciens en connaissent les multiples ressources, mais aussi les multiples surprises".

## PYELONEPHRITE GRAVIDIQUE.

**Dr Joseph CAOINETTE,**

Professeur agrégé, chargé des cours d'obstétrique.

Chez la femme enceinte, en dehors des cas d'infection des reins survenant chez des malades souffrant antérieurement de calculs ou d'une infection de leurs voies urinaires inférieures, il existe une infection pyélorénales qui évolue pendant la grossesse et qui disparaît le plus souvent avec elle.

L'infection du rein et du bassinet est une complication assez fréquente de la grossesse, et, si elle est souvent méconnue, surtout dans ses formes latentes, cela tient presque toujours à ce que le médecin n'a pas l'occasion d'observer attentivement les urines de toutes ses malades, et à ce qu'on n'attache pas une importance suffisante à l'aspect trouble des urines.

La pyélonéphrite peut s'observer dès les premiers mois de la grossesse, mais c'est généralement dans la seconde moitié, le plus souvent au cours du cinquième ou du sixième mois de la gestation qu'elle fait son apparition.

Elle peut être bilatérale, mais dans la majorité des cas, elle est localisée au côté droit.

Pour Bar, la pyélonéphrite est une des manifestations de la colibacillose gravidique. Le colibacille prend son origine dans l'infection intestinale si fréquente pendant la grossesse, à la suite de la constipation, et il arrive au rein par le torrent circulatoire.

Donc, on peut dire que la véritable cause déterminante de la pyélonéphrite gravidique est l'infection microbienne.

Le rein, pendant la grossesse, participe à la congestion et au surmenage des organes voisins de l'utérus. En comprimant l'uretère, l'utérus gravidique entraîne dans le rein et dans le bassinet une rétention urinaire susceptible de s'infecter.

La gravidité est de ce fait une cause prédisposante certaine de la pyélonéphrite. Les symptômes communs à toutes les pyélonéphrites sont les suivants: 1°) la fièvre; 2°) la polyurie trouble; 3°) la pollakiurie nocturne; 4°) la douleur localisée à la pression en certains points déterminés.

La fièvre évolue par poussées avec oscillations de un à trois degrés, et le pouls suit la température dans ses oscillations.



La sécrétion de l'urine est plus abondante qu'à l'état normal. A l'inspection, les urines sont troubles et, par le repos, elles abandonnent un dépôt plus ou moins abondant, mais elles ne se clarifient pas complètement en reposant. De plus, l'épreuve des trois verres de Guyon montre qu'elles sont uniformément troubles, preuve de leur origine pyélorénale.

Alcalines à l'émission, les urines fermentent très rapidement, elles dégagent une forte odeur d'ammoniaque et elles laissent déposer au fond du bocal qui les contient un dépôt blanchâtre plus abondant lorsque la température de la malade baisse, et qui diminue au contraire lorsque la fièvre est plus accentuée.

La rétention du pus dans le bassinnet est en rapport avec les poussées fébriles; la température tombe lorsqu'il se produit une débâcle de pus.

L'analyse chimique révèle la présence d'albumine, une diminution de l'urée, de l'acide urique et des phosphates.

L'examen microscopique montre des globules de pus, des débris épithéliaux, du colibacille et de nombreux leucocytes, ainsi que des globules rouges.

Cliniquement, la présence du pus dans l'urine peut être reconnue en procédant de la façon suivante: on verse le long de la paroi du verre qui contient l'urine une petite quantité d'ammoniaque et on agite; le pus se gonfle et prend une consistance de gelée visqueuse adhérant fortement à l'agitateur et aux parois du verre (Rudaux).

Bien qu'elles ne présentent pas de cystite, les malades souffrant de pyélonéphrite, sont obligées de se lever plusieurs fois pendant la nuit pour uriner, et cette pollakiurie nocturne est un symptôme important.

La douleur peut être continue ou intermittente; elle est presque toujours unilatérale. La marche et même la station debout augmentent la douleur qui peut devenir très aiguë et simuler celle qui accompagne l'appendicite, la colique hépatique ou néphritique.

La palpation et surtout la percussion de l'angle costo-vertébral est toujours douloureuse dans la pyélonéphrite.

\* \* \*

L'infection pyélorénale gravidique peut présenter des formes cliniques différentes.

Quelquefois, la maladie s'installe d'une façon insidieuse, ses manifestations restant longtemps atténuées, et elle peut passer inaperçue si l'examen des urines n'est pas fait régulièrement. Les symptômes du début sont à peine marqués, la malade présente une diminution de l'appétit, de la diarrhée, plus fréquemment de la constipation, elle devient rapidement triste et abattue, présente un amaigrissement progressif, de légers fris-

sons avec poussées fébriles passagères qui peuvent faire soupçonner une tuberculose au début. L'absence de toute localisation tuberculeuse permet d'éviter l'erreur. Mais, le plus souvent, la maladie débute d'une façon brusque, présentant les allures d'une infection générale.

La femme est alors prise soudainement d'un frisson violent, le thermomètre monte à 104, le pouls est rapide (110 à 120 pulsations), elle présente un état nauséux très pénible ou des vomissements; sa langue est sèche et elle peut même faire du délire.

Elle accuse de plus une douleur plus ou moins vive qu'elle ne rapporte pas toujours à sa région rénale, mais qu'elle localise souvent dans le flanc droit, dans tout l'abdomen ou même dans les membres inférieurs.

En présence d'une femme enceinte que l'on trouve dans cette condition, il ne faut pas nous hâter de porter un diagnostic d'embarras gastrique, de grippe, de fièvre typhoïde, de cholécystite ou d'appendicite, mais il est de notre devoir de faire une exploration méthodique de la cavité abdominale et d'examiner les urines avec le plus grand soin et à plusieurs reprises.

Aux phénomènes généraux que nous venons de voir, s'ajoutent très souvent des symptômes locaux qui permettent de faire le diagnostic de la pyélonéphrite.

La douleur provoquée au niveau de la région rénale par la palpation est un signe très important. Il est vrai que pendant la grossesse, surtout dans les derniers mois, cette région est difficile à explorer. L'inspection ne fournit aucun renseignement, mais la palpation est un précieux auxiliaire pour le diagnostic. Pour que le palper bi-manuel, préconisé par Guyon, donne des renseignements, la femme doit être dans le décubitus dorsal, sur un lit un peu résistant, ses jambes doivent être fléchies, et on lui demande de respirer la bouche ouverte. Le moyen le plus simple de chercher à provoquer la douleur consiste à s'appliquer une main en arrière, au niveau de la région rénale et à appuyer fortement. Si la malade présente de la pyélonéphrite, la pression de la région lombaire détermine de la douleur et l'on constate en même temps de la défense des muscles de la paroi abdominale.

De plus, le toucher vaginal permet de reconnaître que la présence du point urétéral inférieur est douloureux et que cette pression réveille chez la malade l'envie d'uriner (réflexe urétéro-rénal de Bazy).

\* \* \*

Comme la pyélonéphrite est une affection fréquente, qu'elle est pendant la gestation la cause habituelle de la fièvre que n'explique aucune autre maladie, il faut bien savoir la dépister.

Avant de faire l'examen chimique des urines, il faut avoir la précaution, si elles sont troubles, de les filtrer avec soin pour éviter l'erreur de confondre le pus avec l'albumine.

Avant l'apparition de la douleur dans la région lombaire ou de la pyurie, le diagnostic différentiel de la pyélonéphrite gravidique peut quelque fois être très difficile. En effet, en présence des signes d'infection générale que présente la malade, on peut penser à un embarras gastrique, à une fièvre typhoïde, mais ce diagnostic est infirmé au bout de quelques jours par la chute de la température qui se produit à la fin de la poussée aiguë pyélonéphritique.

Il faut se rappeler que la pyélonéphrite procède habituellement par poussées, que dans l'intervalle des accidents fébriles, la femme accuse seulement quelques douleurs en urinant, et que son état général est relativement bon.

Dans les cas douteux, les méthodes de laboratoire permettent seules de trancher le diagnostic en révélant la présence du colibacille dans les urines et en donnant un séro-diagnostic négatif.

Le médecin qui est privé des secours du laboratoire, doit, dans les cas douteux, penser d'abord à la possibilité d'une pyélonéphrite qui est la plus fréquente des affections pendant la grossesse.

Après l'accouchement, il devra aussi toujours y penser afin de ne pas croire à une infection puerpérale et de ne pas instituer un traitement intempestif. Une nouvelle poussée aiguë de pyélonéphrite peut éclater presque aussitôt après l'accouchement ou vers le quatrième ou le cinquième jour des suites de couches, et il vaut mieux instituer un régime diététique que d'intervenir au niveau de la zone génitale.

Lorsque la douleur apparaît, le diagnostic est à faire entre l'appendicite, très souvent confondue avec la pyélonéphrite pendant la grossesse, et avec la cholécystite.

L'erreur avec une crise d'appendicite est facile à commettre, car la palpation est difficile à cause de la douleur, souvent localisée dans le flanc droit et à cause de la défense musculaire; pendant la grossesse l'appendice est refoulé en haut et le point de Mac Burney est déplacé. Dans l'appendicite aiguë, les symptômes généraux sont le plus souvent plus graves d'emblée et les vomissements sont constants.

Dans la cholécystite, le début est semblable, et le diagnostic est souvent très difficile, surtout à la période présuppurative de la pyélonéphrite. Les points douloureux sont presque superposables, et les deux affections peuvent coexister, puisqu'elles ont la même origine septicémique.

L'évolution de la cholécystite est plus rapide que celle de la pyélonéphrite, et, dans les cas très difficiles, l'examen bactériologique des urines permet seul de trancher la question.

\* \* \*

L'évolution de la pyélonéphrite gravidique se fait presque toujours par des poussées successives, séparées les unes des autres par des périodes d'accalmie plus ou moins complète.

Malgré la présence du pus dans les urines, la grossesse évolue le plus souvent jusqu'à terme ou près du terme; ce n'est que dans les cas exceptionnels où les accidents fébriles persistent et sont très accentués, que l'oeuf est expulsé prématurément.

Sous l'influence du traitement et du régime, l'affection peut guérir au cours de la gestation, mais le plus souvent elle dure aussi longtemps qu'elle. Une fois l'accouchement terminé, les accidents s'amendent et la guérison se produit au bout de quelques semaines. La pyurie est cependant un symptôme tenace qui peut persister après l'accouchement; les bassinets restent souvent infectés d'une façon latente, ce qui explique les récives fréquemment observées au cours de grossesses ultérieures.

La pyélonéphrite n'étant qu'une traduction de la colibacillose gravidique, il y a, pour Jeannin, un véritable traitement prophylactique de cette affection qui n'est autre que le traitement habituel de la constipation, de la stercorémie. La surveillance de l'intestin est pour cet auteur, un des plus gros points de la surveillance médicale de la femme enceinte. Si les selles ne se produisent pas régulièrement et spontanément, elles seront provoquées soit par des lavements, soit par des laxatifs.

Le traitement de la pyélonéphrite est avant tout médical, et il doit s'adresser à l'infection générale et aux symptômes locaux que présente la malade.

Tant que la malade fait de la température, elle doit être au repos absolue, au lit. Pendant la crise aiguë, la femme sera soumise au régime lacté absolu et dans l'intervalle des crises, elle pourra suivre un régime lacto-végétarien. Les eaux minérales, les tisanes, les antiseptiques urinaires, surtout l'urotropine et le benzoate de soude, seront utilisés avec avantage.

Pour calmer les douleurs, on emploie les applications chaudes ou des ventouses. Lorsqu'elles sont excessives, il faut commencer par soulager la malade en pratiquant une injection sous-cutanée de morphine ou d'héroïne. Tout en calmant la douleur, les opiacés permettent d'éviter l'apparition des contractions utérines qui détermineraient l'interruption de la grossesse.

Dans les cas rares où les diurétiques et le régime seraient insuffisants pour combattre la rétention du pus dans le bassinets, on pourrait recourir soit à la distension vésicale, soit au cathétérisme des urètres.

La première méthode, préconisée par Pasteau, est à la portée de tout praticien et très souvent efficace.

Après avoir fait uriner la malade, on injecte très lentement dans la vessie 300 à 500 grammes d'eau boriquée tiède, c'est-à-dire une quantité suffisante pour provoquer un besoin intense d'uriner. On demande à la malade de résister à ce besoin et de s'efforcer de conserver le liquide le plus longtemps possible.

La distension vésicale produit, par réflexe, l'évacuation du bassin et de l'urètre, et la malade passe une urine chargée de pus. Cette manoeuvre qui est inoffensive, peut être renouvelée une ou deux fois par jour pendant plusieurs jours de suite sans inconvénient.

Le cathétérisme des urètres que Marion qualifie de "merveilleux moyen d'action contre les pyélonéphrites de la grossesse", est une méthode thérapeutique qui n'est pas à la portée de tous les médecins. Elle exige une instrumentation et des connaissances techniques spéciales, et elle n'est pas toujours praticable à cause de la présence de l'utérus gravide et des modifications de forme de la vessie.

Couvelaire pense que l'accouchement prématuré provoqué est irrationnel et sans effet comme traitement de la pyélonéphrite gravidique.

Après l'accouchement, les femmes qui ont présenté de la pyélonéphrite pendant leur grossesse, doivent être longtemps surveillées et soumises à un hygiène spéciale, jusqu'à complète disparition du pus dans les urines.

Couvelaire est d'opinion que la persistance de l'infection urinaire ou sa récurrence sont en rapport avec des lésions de l'appareil urinaire contre lesquelles il faut agir : coudures, sténoses, calculs, etc., avec pyélonéphroses. Dans ce cas, la malade doit être confiée à un chirurgien pour cathétérisme urétéral, néphrotomie ou néphrectomie suivant l'indication.

\* \* \*

#### BIBLIOGRAPHIE

- Jeannin—Thérapeutique obstétricale.  
Bar—Traité d'accouchement.  
Rudaux—Clinique et thérapeutique obstétricale.  
Jeanbrau—Précis de pathologie chirurgicale.  
Ribemont-Dessaigues—Traité d'obstétrique.  
Fabu—Obstétrique.  
Borda—Thèse, Paris 1920.  
Fiessinger—Maladies des reins en clientèle.  
De Lee—Principles and practice of obstetrics.  
Shears—Obstetrics normal and operative.  
Couvelaire—Gynécologie et obstétrique, mai 1920.

## ALBUMINURIES

## NEPHRITIQUES ET FONCTIONNELLES

Dr Albert JOBIN.

Professeur de clinique des maladies contagieuses.

Dans cette période de l'enfance, qui s'étend du premier âge à l'adolescence, la clinique constate assez souvent la présence de l'albumine dans les urines. Cette albuminurie est tantôt l'indice d'une lésion rénale; tantôt elle est purement fonctionnelle. Comment reconnaître ces deux états, si ressemblants d'un côté, si différents par ailleurs? C'est ce que nous allons voir. Et tout d'abord, parlons des albuminuries néphritiques.

A—*Albuminuries brightiques.*

a) Les principales causes des albuminuries néphritiques sont les maux de gorge et les maladies infectieuses.

La cavité naso-bucco-pharyngée, grâce à ses anfractuosités et à sa texture histologique, est propice aux poussées inflammatoires, les plus bénignes comme les plus graves. La gorge devient alors le réceptacle de germes morbides. Et l'infection pharyngée sert de porte d'entrée aux agents microbiens dans l'économie.

J'ai pour habitude de dire, dans la plupart des maladies aiguës, que la cavité bucco-pharyngée est l'endroit du corps humain le plus malsain. Je la compare à un véritable repaire de bandits, qu'on appelle les microorganismes. C'est là qu'ils trament leurs complots contre l'hôte qui les héberge,—les ingrats!—C'est de là qu'ils partent, avec leurs flèches empoisonnées par leurs toxines, pour se diriger tantôt sur un organe, tantôt sur un autre. Dans cette lutte, le rein échappe rarement à leur atteinte. Si bien qu'on peut affirmer que l'infection pharyngée est la grande pourvoyeuse de ces néphrites, dites *a frigore*.

Et ce qui m'autorise à faire une pareille affirmation, c'est la constatation de Chauffard, à savoir que dans l'armée, les tableaux de morbidité des néphrites et des angines aiguës suivent une marche parallèle.

b) Les maladies infectieuses peuvent engendrer toutes les variétés de néphrites. Mais parmi celles là, une place importante revient à la scar-

latine. En effet, comme les angines, la scarlatine provoque des néphrites confirmées, tandis que les autres maladies infectieuses ne provoquent que des néphrites albumineuses.

Par quel mécanisme pathogénique la scarlatine crée-t-elle des localisations rénales? Est-ce par ses germes pathogènes eux-mêmes, ou par leurs toxines? La question est "*sub judice*".

En tout cas, une néphrite à étiologie obscure éveille dans l'esprit de tout clinicien l'idée d'une scarlatine méconnue. Et il faut se méfier des scarlatines frustes qui échappent à l'entourage et ne sont pas traitées.

Il faut aussi se défier d'un retour de la fièvre, dans le decours de cette maladie. C'est généralement l'indice d'une réinfection qui se manifeste par de l'angine, des adénopathies cervicales, des arthropathies, et de la néphrite.

Est-ce là une reprise de l'infection primitive ou une infection secondaire? Les deux suppositions sont possibles. Mais je crois surtout à la première, quoiqu'on ne connaisse pas encore le germe spécifique de la scarlatine. Ouvrons ici une parenthèse. Il est un fait clinique certain, c'est que cette maladie est essentiellement angineuse. Débutant par une angine, le scarlatineux conserve dans sa gorge le virus de cette maladie, longtemps après toute apparence de guérison. C'est un porteur de germes. C'est ce qui explique que ce sujet, une fois sa quarantaine terminée et sa desquamation finie, de retour dans son foyer, contamine quelquefois ses petits frères et ses petites soeurs.

Le virus scarlatineux, agent de contagion, habite longtemps la gorge. Aussi je suis de l'avis de ceux qui croient que les squammes des scarlatineux ne sont pas contagieuses par elles-mêmes, mais le deviennent quand elles sont infectées par les mucosités provenant de la bouche et de la gorge de ces malades.

Fermons ici notre parenthèse, et reprenons notre sujet touchant les causes des néphrites chez les enfants.

Nous avons dit plus haut que la scarlatine est, de toutes les maladies infectieuses, la plus importante, et qu'elle déterminait des néphrites confirmées, pendant que les autres provoquaient des néphrites albumineuses.

Les maladies de la peau infectée, telles que l'eczéma, l'impétigo, la gale, les abcès sous-cutanés multiples, commandent l'examen des urines. L'albuminurie se rencontre chez beaucoup de ces sujets. Il s'agit, dans ces cas, de petites septicémies à point de départ cutané.

Pourquoi les reins sont-ils si exposés au cours des toxi-infections? Organes éliminateurs par excellence, ils entrent en contact intime avec les germes et leurs poisons. Ils se trouvent alors tout prêts à succomber à la

moindre incitation. Aussi les erreurs alimentaires et le froid sont-ils à craindre au cours de maladies contagieuses.

c) Il n'y a pas que les maladies contagieuses pour déterminer des néphrites. L'intoxication a aussi sa part.

Quoique rares, les cas sont assez fréquents de néphrites causées par l'ingestion, par mégarde ou autrement, de phosphore, de bichlorure de mercure, d'acide carbolique, de balsamiques, et particulièrement d'huile de Santal. L'urotropine et le purgatif phénolphthaléine causent souvent de l'hématurie.

d) En passant, il est bon de se rappeler que les enfants, nés de mères albuminuriques ou éclamptiques, sont bien exposés à souffrir d'affections rénales. Ces enfants naissent avec une débilité héréditaire de la glande. Le rein fléchira plus ou moins vite, dans l'enfance, dans l'adolescence, plus tard même, suivant les infections ou les intoxications.

\* \* \*

*Symptomatologie*.—Il est classique, dans l'étude des infections, de séparer les néphrites *précoces*, *contemporaines* de leur début, des *néphrites tardives*, liées à leur décours.

“Les premières—précoces, spécifiées essentiellement par l'albuminurie, guérissent vite et bien (néphrites albumineuses simples); les secondes ont des symptômes multiples et comportent un pronostic plus sérieux (*néphrites confirmées* aiguës ou sub-aiguës).”

Cette division répond à la majorité des cas; mais il serait excessif de la généraliser. Car il y a des néphrites *précoces confirmées*, et de plus nombreuses néphrites tardives uniquement albumineuses.

I—*Néphrites albumineuses*: Elles sont fréquentes dans les toxi-infections. La symptomatologie n'est pas chargée. Au contraire ces néphrites ne se révèlent que par la présence de l'albumine dans l'urine. Celle-ci demande à être recherchée systématiquement. C'est l'expression d'une néphrite légère et complètement curable. Rarement cette néphrite passe à l'état aigu, et plus rarement encore à l'état chronique.

II—*Néphrites confirmées aiguës ou sub-aiguës*: Ces néphrites se présentent tantôt sans une forme *insidieuse*: fatigue, malaise, céphalée, douleurs lombaires, tantôt sans une forme *plus caractérisée*: troubles digestifs, vomissements, oedème de la face et des membres (du scrotum des petits garçons), vertiges, altérations de la vue, modifications urinaires. Quelquefois ces néphrites débutent très bruyamment: anasarque—crises convulsives. Dans ces cas, la température s'élève ou augmente jusqu'à 103°-104°-105°, avec accompagnement de frissons, de pouls rapide et de tous les symptômes généraux qui accompagnent ces états fébriles.



Les *urines* sont rares, sales, prennent l'aspect de bouillon de boeuf. L'albumine y est constante et même abondante. L'hématurie est très fréquente et affecte tous les degrés. L'hématurie est beaucoup plus fréquente chez les enfants que chez les adultes, au cours des néphrites. D'ailleurs le sang disparaît au bout de quelques jours ; mais l'albumine reste et continue pendant quelque temps.

D'aucuns souffrent d'une *gêne respiratoire*, qui n'est nullement en rapport avec les signes d'auscultation, et qui est bien d'origine rénale. A peine, entend-on quelques ronchus.

L'anurie est un accident souvent mortel. La suppression des urines se supporte bien pendant quelques jours, 2 ou 3 jours au plus. Mais passé ce temps, la lassitude devient générale et les signes d'intoxication urinaire se montrent : vomissements, constipation, troubles cardiaques. L'enfant garde assez longtemps sa connaissance ; puis tombe dans le coma avant de succomber.

*Urémie* :—Quand les symptômes précédents augmentent de gravité on s'exagèrent, le néphritique entre dans la période de l'urémie. Au cours d'une néphrite, un signe avant-coureur de l'urémie, c'est le ralentissement du pouls. L'inégalité pupillaire, le redoublement de la céphalée, le grincement de dents, les troubles visuels et auditifs, font redouter l'imminence d'une urémie.

Le pronostic dans l'ensemble est meilleur chez l'enfant que chez l'adulte. Ce qui fait cette bénignité des néphrites au cours des maladies infectieuses, c'est que dans l'activité nutritive l'économie de l'enfant se débarrasse de tous les déchets de la désassimilation à travers un rein pour ainsi dire neuf. L'économie se débarrasse en même temps des produits nocifs des micro-organismes. Aussi grâce à l'intégrité de l'organe à cet âge, le rein, atteint au cours d'une maladie infectieuse, retrouve vite sa vitalité et sa capacité fonctionnelle.

Même dans la néphrite confirmée, qui s'installe d'ordinaire pendant le décours d'une maladie, l'issue fatale est l'exception. Malgré la violence des accidents, et une forte dose d'albumine, tout rentre dans l'ordre généralement. L'œdème, l'albuminurie, les convulsions même disparaissent, sans laisser aucune séquelle.

Quelquefois même, mais rarement, la néphrite passe à l'état chronique.

III—*Néphrites chroniques* : Quand la néphrite aiguë passe à l'état chronique, on remarque surtout de la *pâleur*, des troubles urinaires, de la pollakyurie, de l'hématurie, de l'albuminurie, des œdèmes. Les accidents cardio-vasculaires sont plutôt rares dans l'enfance.

Ce qu'il y a de remarquable chez les enfants qui souffrent de brightisme, c'est l'arrêt de développement. La taille de ces sujets ne s'accroît que dans de petites proportions. Les membres restent frêles. Ces enfants paraissent plus jeunes qu'ils ne sont.

IV—*Néphrites avec albuminurie intermittente*: Il n'est pas rare de trouver chez des enfants convalescents de scarlatine, de diphtérie, etc., des urines albumineuses *par intermittence*. Il s'agit là d'une néphrite minime qui n'engendre guère de signes d'insuffisance rénale; son faible retentissement sur l'état général la rapproche des néphrites albumineuses simples.

Le pronostic en est benin. Toute trace d'albumine disparaît en 2 ou 3 mois.

\* \* \*

## TRAITEMENT

a) Préventif:—Au cours des maladies susceptibles de provoquer des néphrites, il faudrait, autant que faire se peut, les prévenir. L'influence de l'alimentation et du froid, dans la pathogénie des néphrites scarlatineuses, est chose classique. Mais l'état infectieux de la gorge est aussi à craindre. C'est dans ce sens qu'agira le régime lacté et la désinfection du nez et de la gorge.

Cette désinfection s'impose donc chez les enfants, surtout quand ils souffrent de maladies avec infection nasopharyngienne, telles que la diphtérie, la rougeole, la grippe, la scarlatine, la variole, la méningite cérébro-spinale.

b) Curatif: L'albuminurie greffée sur une infection aiguë impose le régime lacté tant qu'elle persiste.

Cependant, en cas de néphrite prolongée, on aurait tort de prolonger le régime lacté exclusif. Un régime mixte, approprié à l'âge du malade, conviendra mieux, quitte à reprendre le lait à la moindre poussée aiguë. Les laitages, les purées de légumes, les fruits, les pâtes, les fromages, les crèmes, les gâteaux, les poissons frais, et même au besoin la viande à chair blanche seront prescrits avec avantage.

Dans certaines néphrites, compliquées d'urémie, on se trouvera bien d'une diète hydrique, d'une durée de 24 à 48 heures. Elle contribuera à désintoxiquer ces sujets.

En fait de médication, on s'adressera à celle qui voit à la dépuración de l'organisme, comme les laxatifs et les diurétiques.

B—*Albuminuries fonctionnelles.*

C'est une erreur de croire que néphrite et albuminurie sont deux termes synonymes. A l'âge de l'enfance et de la puberté, on rencontre assez souvent de l'albuminurie qui n'est nullement la manifestation d'une lésion organique; c'est de l'albuminurie fonctionnelle. De toutes ces albuminuries dites fonctionnelles, les plus importantes sont les albuminuries orthostatique, cyclique et digestive. Nous ne parlerons que de la première.

Les enfants qui présentent cette première forme sont, en général, des sujets mal développés, maigrelets, pâles, à thorax étroit. Les fillettes ont tendance à avoir de la scoliose. On dit que ces sujets se tiennent mal. Leur taille s'est rapidement développée, mais ils sont restés fluets. Ils se plaignent de fatigue, de malaise, d'insomnie, d'essoufflement au moindre effort. Le travail leur devient pénible; ils aiment à se reposer.

Certains souffrent de troubles soit du côté de l'estomac et des intestins, soit du côté du foie ou du coeur.

Chose assez fréquente, ces sujets présentent un ou plusieurs organes prolabés. A côté des ptoses du coeur, se rangent celles du foie et de l'intestin; celles du rein sont presque exclusives au sexe féminin. La marche et la station debout deviennent pénibles au bout de quelque temps.

A ces ptoses, il faut ajouter celles du diaphragme et du poumon. Ces ptoses entraînent une sorte d'élongation pulmonaire dans la station debout, sensible surtout aux sommets. L'auscultation laisse un effet percevoir à ce niveau une faiblesse de murmure vésiculaire qu'un clinicien mal averti prendrait pour de la bacillose. Aussi faut-il examiner ces sujets dans les positions horizontale et verticale.

Le système nerveux n'est jamais épargné. La lassitude, l'inaptitude au travail, la céphalée, les vertiges, l'insomnie, forment le lot de ces sujets.

Dans ces cas, l'analyse des urines doit porter sur les échantillons de toutes les mictions des 24 heures. Et symptôme caractéristique, l'on constatera la présence de l'albumine quelques 10 minutes après le lever. Cette albumine va en augmentant de quantité pendant les 3 ou 4 premières heures qui suivent le lever, pour diminuer ensuite et disparaître dans les 3 ou 4 heures qui suivent le maximum. Mais même pendant son maximum, cette albumine disparaît complètement par la position couchée en 40 ou 60 minutes.

Chose certaine, il y a conservation de la perméabilité rénale. L'injection sous-cutanée de bleu de méthylène, et l'ingestion d'iode de potassium le prouvent surabondamment.

L'orthostatisme ne provoque pas seulement la présence de l'albumine. Les urines de ces sujets, souffrant de statique urinaire, sont moins abondantes le jour, hyper-acides, sédimenteuses, et ont un poids spécifique assez fort.

Seule la *station debout* est responsable de cette albuminurie. Les exercices, le surmenage intellectuel, l'alimentation quelle qu'elle soit, n'ont aucune influence sur ce phénomène urinaire.

Ces albuminuries ont une durée très longues. Elles se terminent en général vers 18 à 20 ans, alors que l'organisme achève son développement. Elles procèdent souvent par poussées. Aussi on se gardera bien de parler de guérison définitive dans l'intervalle de ces poussées.

Les maladies infectieuses, par le fait qu'elles imposent l'alitement, ont quelquefois une action favorable sur l'issue de cette maladie. On l'a vue disparaître après la scarlatine, la rougeole, la pneumonie, etc.

#### *Diagnostic :*

Avant de conclure à une albuminurie fonctionnelle, il faut exclure le brightisme, que l'on reconnaîtra au bruit de galop, à l'oedème, aux phénomènes oculaires, et surtout à la tension artérielle, qui est élevée dans une albuminurie lésionnelle, et généralement abaissée dans l'albuminurie fonctionnelle.

De plus, une albuminurie qui cède à l'alitement, sans modification du régime, laisse le rein intact; une albuminurie qui ne diminue que par le régime lacté est symptomatique de l'altération de l'organe.

L'exploration des fonctions rénales est la meilleure garantie du diagnostic. Entr'autres moyens d'épreuves, on ne saurait trop recommander l'injection sous-cutanée de bleu de méthylène. Ce procédé met en évidence les insuffisances urinaires.

Le dosage des éléments urinaires aide à fixer l'intégrité du rein. Un excès de sels phosphatiques et uratiques plaide en faveur des albuminuries fonctionnelles.

*Pronostic* :—Déterminer l'état du rein, c'est formuler à la fois le diagnostic et le pronostic. Aussi la recherche des signes d'insuffisance rénale légère demeure encore le meilleur élément à interroger.

Aussi après avoir constaté que les reins fonctionnent bien, on est en droit de conclure que les albuminuries fonctionnelles comportent un pronostic favorable. Elles cèdent sous l'influence d'un traitement approprié et suffisamment prolongé. En somme, elles s'éteignent lorsque le rein a terminé son évolution et que l'équilibre nutritif s'est rétabli.

Car il ne faut oublier que dans ces cas la nutrition tout entière est défectueuse. La chlorose, la scoliose, les accidents digestifs, nerveux, circulatoires sont proches parents des albuminuries fonctionnelles, et expriment comme elles la souffrance de viscères surpris par la suractivité nutritive de la puberté et de l'adolescence.

Cet état n'est que transitoire. Des soins appropriés, et avant tout le repos, l'économie de dépenses supérieures à nos moyens, donnent à tous ces organes le temps de se développer. Une fois cette évolution terminée, tous les organes, le rein comme les autres, recouvrent leur fonctionnement.

*Traitement.*—Le traitement des albuminuries fonctionnelles diffère totalement de celui des albuminuries brightiques. Il ne s'agit pas de viser l'état du rein, mais de transformer la constitution du sujet.

La première et la plus indispensable des précautions, c'est de garder les malades dans la position horizontale, une bonne partie de la journée, et pour un temps plus ou moins long.

Le ménagement des forces est aussi de règle absolue. Il faut éviter les sports, et, ne s'adonner qu'aux exercices modérés, incapables de provoquer la moindre fatigue.

Le repos intellectuel est quelquefois obligatoire, non pas complètement ; mais on ne doit imposer, en fait d'étude, que le strict nécessaire, au maximum ne pas dépasser 3 ou 4 heures de travail intellectuel par jour.

En fait de régime alimentaire, ne pas oublier que le régime lacté, débilitant par lui-même, est sans action sur l'albuminurie fonctionnelle. Il faudra plutôt instituer un régime, une nourriture appropriée à l'âge, qui remonte et soutienne l'état général. Car c'est de cela qu'il faut surtout s'occuper.

Et dans ce but, en fait de médication, c'est aux stimulants de la nutrition qu'il faudra avoir recours. L'arsenic, le fer, l'iode, le tannin seront employés tour à tour.

On n'oubliera pas enfin que le traitement comporte beaucoup de douceur, beaucoup de patience. C'est un traitement de longue haleine.

---

## LES TROUBLES OCULAIRES AU COURS DES NEPHITES.

Par le **Dr Henri PICHETTE**,

Assistant du service de laryngologie à l'Hôtel-Dieu.

Les lésions pathologiques de l'œil sont presque toutes liées à des troubles de la santé générale; et, c'est une erreur clinique de les considérer comme ressortissant en propre au globe oculaire. Dans la majorité des cas, les symptômes oculaires ne sont que les manifestations locales d'un trouble général, produisant dans d'autres organes les mêmes états.

En clinique, les symptômes oculaires ont aujourd'hui une place capitale, parce qu'en plus de leur réelle valeur, ils sont d'une interprétation relativement facile; en effet c'est le privilège exclusif de l'oculiste de voir directement des tissus vivants, normaux ou pathologiques.

Les troubles oculaires que l'on observe au cours des néphrites sont doublement intéressants, parce qu'ils peuvent confirmer un diagnostic imprécis, parce qu'ils permettent souvent de découvrir une maladie générale grave, jusqu'alors insoupçonnée.

Parmi les complications oculaires qui peuvent survenir au cours des néphrites, il en est, comme l'oedème des paupières, l'amaurose urémique, la rétinite albuminurique, la rétinite gravidique, les hémorragies de la rétine, qui sont franchement imputables à la néphrite. Cependant, il en est d'autres comme les paralysies oculo-motrices, l'hémianopsie, l'iridocyclite, etc., qui résultent non pas de la néphrite mais de la maladie causale qui a déterminé la lésion rénale: artério-sclérose, maladies infectieuses, syphilis, intoxication par le plomb. Ces dernières complications ont un intérêt secondaire, aussi nous les laisserons totalement de côté.

La classification des néphrites, grâce aux travaux de l'école française, basée sur le fonctionnement de l'organe plutôt que sur la lésion anatomique, a transformé la pathogénie des affections rénales. Les trois formes de néphrite: chlorurémique, azotémique, hypertensive sont aujourd'hui bien différenciées. Malheureusement, au point de vue oculaire, l'évolution n'est pas encore complète, il est cependant permis de supposer une relation assez étroite entre la lésion ophtalmoscopique et la forme clinique de la néphrite.

Loin de nous l'idée d'étudier la question dans tous ses détails; nous passerons brièvement en revue, les principaux troubles oculaires qu'on peut observer au cours des néphrites.

*Oedème des paupières.*—Ce n'est pas précisément un symptôme oculaire, mais comme il est d'une importance assez grande, il faut toujours le rechercher. C'est souvent la première manifestation apparente de la rétention du chlorure de sodium.

C'est un oedème pâle, généralement peu accentué, intéressant les deux côtés. La laxité très grande des tissus explique l'apparition fréquente et précoce de l'oedème au niveau des paupières.

En présence d'un oedème palpébral, lorsqu'il n'y a aucune lésion inflammatoire en cause, le médecin doit penser à une lésion rénale, faire un examen des urines et surtout un dosage des chlorures. Si cet oedème survient au cours d'une grossesse ou d'une maladie infectieuse, scarlatine, diphtérie, fièvre typhoïde, il constitue un signe presque certain de lésion rénale.

*Amaurose urémique.*—C'est la perte brusque et passagère de la vision, sans lésion apparente du fond de l'oeil. Malgré l'abolition complète de la vue les réflexes pupillaires à la lumière sont conservés.

Cette amaurose peut survenir soit à l'occasion d'une crise urémique grave, avec coma, convulsions, soit au cours d'une crise légère.

On sait que ce trouble visuel résulte de l'intoxication urémique, passagère, agissant sur le système nerveux, probablement sur le trajet des fibres nerveuses en arrière des noyaux réflexes du mésocéphale, parce que les réflexes à la lumière sont conservés. Au bout de quelques jours lorsque l'intoxication diminue, la vision revient complètement, sans laisser de traces. Cependant, il faut savoir que cet accident alarmant peut se reproduire.

Le diagnostic est facile, il s'agit d'y penser. L'examen des urines, le dosage de l'urée, la recherche de la pression, confirmeront d'une façon précise ce diagnostic.

Le traitement local est nul, il faut s'adresser à la lésion causale.

A côté de cette perte brusque et complète de la vision, il faut encore signaler d'autres troubles passagers, beaucoup moins graves, qu'on pourrait classer parmi les signes larvés de l'insuffisance rénale. Ce sont des sensations d'éblouissement, de brouillards, de voile, une diminution passagère de l'acuité visuelle. Ces symptômes coïncident souvent avec d'autres signes : céphalée, étourdissements, affaiblissement intellectuel, symptômes qui sont trop souvent mis sur le compte de la fatigue visuelle, ou d'autres causes de même ordre.

*Rétinite albuminurique.*—Le terme de rétinite albuminurique n'est pas exact, nous savons aujourd'hui que la présence d'albumine dans les urines n'a en soi aucune signification importante, si la valeur fonctionnelle du rein n'est pas modifiée. Cependant, comme le dit Rochon-Duvigneaud, ce terme doit être conservé jusqu'à ce qu'on en ait trouvé un qui spécifiera plus exactement les causes précises de la maladie.

Tous les cliniciens, après Bright, ont accordé à la rétinite albuminurique toute l'importance qu'elle mérite.

La rétinite albuminurique n'est pas une maladie du fond de l'oeil, mais un symptôme d'une affection générale; symptôme important, parce

qu'il indique une lésion avancée du rein, et intéresse un organe des plus sensibles.

Au point de vue symptomatologique, la rétinite albuminurique se manifestera par des troubles nombreux; les uns subjectifs, les autres objectifs.

a) — *Troubles subjectifs*: Ils sont très variables, parce qu'ils sont liés à l'étendue et surtout à la localisation des lésions.

Si les lésions sont minimes et n'intéressent que la région périphérique de la rétine, les troubles visuels peuvent être nuls, et ce n'est qu'à l'occasion d'un examen attentif que l'oculiste pourra les découvrir; d'autres fois les troubles visuels sont la première manifestation qui attire l'attention du malade. Celui-ci vient consulter pour un trouble plus ou moins accentué de la vision, et, l'examen du fond de l'oeil pose le diagnostic de néphrite.

Ces troubles subjectifs seront donc des scotômes plus ou moins étendus, intéressant tantôt la vision centrale, tantôt la vision périphérique. Il s'agit, d'autres fois, d'une sensation de points noirs qui viennent se promener dans le champ visuel. Enfin le malade peut accuser une diminution de vision, de la gêne de l'accommodation, de la fatigue visuelle. Tous ces symptômes seront évidemment interprétés de diverses façons par les malades; ce sera à l'oculiste de les rapporter à leur véritable cause.

b) — *Signes objectifs ou ophtalmoscopiques*. — A l'examen du fond de l'oeil, il est généralement facile de porter un diagnostic. Les signes caractéristiques de la rétinite albuminurique sont: les hémorragies, les taches blanches de la rétine, et les modifications de l'aspect du disque papillaire. Les hémorragies peuvent revêtir les formes les plus variées, en points, en flammèches, en placards plus larges. En général on les retrouve sur le trajet des veines.

Les plaques blanches sont également très différentes dans leurs formes, et leur coloration qui varie du gris pâle ou blanc laiteux; le plus souvent elles entourent la région maculaire et forment ce qu'on a décrit sous le nom d'étoile maculaire. Cette disposition particulière péri-maculaire serait pathognomonique de la rétinite albuminurique.

Le trouble papillaire est rarement isolé, il accompagne les lésions précédentes. La papille paraît surélevée, ses bords sont mal délimités; les veines sont dilatées et tortueuses, parfois elles sont cachées par l'oedème lorsque celui-ci est très marqué.

La rétinite albuminurique, quoi qu'elle ne soit pas exceptionnelle, au cours de la néphrite aiguë, doit être considérée comme une complication de la néphrite chronique.

D'après la statistique de Widal et de Weil, on la rencontrerait chez 32 pour 100 des sujets. Ces auteurs, sur 166 rénaux, trouvèrent 54 malades atteints de lésions du fond d'oeil.

Le pronostic est toujours très grave, tant au point de vue visuel qu'au point de vue vital. Bull, suivant pendant deux ans 87 malades, en



voit mourir 86. La statistique de Belt, portant sur 419 malades, montre que 65 pour 100 succombèrent la première année, et que 6 pour 100 seulement survécurent à la fin de la seconde.

La rétinite albuminurique est un symptôme de la néphrite azotémique, et elle apparaît généralement à une période avancée de la maladie.

Le pronostic, bien entendu, ne devra pas être basé sur l'étendue des lésions ophtalmoscopiques, mais sur le dosage de l'urée dans le sang; il est inutile de répéter ici les chiffres donnés par Widal, ils sont maintenant bien connus de tous les praticiens.

Le mécanisme de la production des lésions rétinienne n'est pas encore bien établi. Les différentes théories qui ont été successivement défendues, ne semblent plus actuellement correspondre à la réalité des faits.

Le traitement est celui de la néphrite; au point de vue oculaire, il y a à peu près rien à faire.

*Rétinite gravidique*:—C'est une affection rare, mais qui mérite qu'on s'y arrête quelque peu. On l'observerait surtout dans les quatre derniers mois de la grossesse, peut être plus souvent chez les primipares.

Les symptômes fonctionnels et ophtalmoscopiques sont absolument identiques à ceux de la rétinite albuminurique.

Il est exceptionnel que la rétinite gravidique s'améliore tant que dure la grossesse. L'acuité visuelle, lorsque les lésions du nerf optique ou de la rétine ne sont pas trop étendues, se répare; mais un nombre relativement élevé de cas se terminent par la cécité complète.

*Hémorragies de la rétine*:—L'examen du fond d'oeil peut encore nous fournir des renseignements précieux au cours de la néphrite hypertensive. Grâce aux recherches de M. Bailliart, on peut mesurer avec une approximation très suffisante les pressions diastolique et systolique de l'artère centrale de la rétine. La tension normale diastolique est environ 35 millimètres de Hg. et, la tension systolique varie entre 60 et 70 millimètres de Hg. Normalement, il y a équilibre entre la tension intra oculaire et la tension dans les artères et veines de la rétine.

Lorsque la pression générale s'élève, on conçoit que cet équilibre soit rompu. Au cours de la néphrite hypertensive, ce défaut d'équilibre pourra se manifester soit par de petites hémorragies, intra rétinienne, soit par des hémorragies plus abondantes, envahissant même l'humeur vitrée.

Evidemment l'hypertension seule n'est pas suffisante pour déterminer la production d'une hémorragie; il faut une raison locale; en l'espèce, une lésion chronique de la paroi des vaisseaux.

Ces manifestations locales auront pour le clinicien averti une importance capitale; elles commanderont un examen sérieux de l'état général; examen fonctionnel du rein, pression artérielle, etc.

En ce faisant, le médecin sera réellement utile à son malade, en lui donnant des indications précises, et en lui épargnant souvent d'autres accidents qui pourraient lui être fatals.

## ANALYSE DES URINES

## RECHERCHES PRATIQUES DE LABORATOIRE.

**Dr Léonide REID,**

Assistant à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.

Parmi les nombreuses recherches de laboratoire qui concernent l'élimination rénale, il en est un certain nombre dont la technique facile permet au praticien de trouver une foule de renseignements précieux.

La sécrétion rénale variant normalement d'un moment à l'autre du jour, l'examen doit porter sur un échantillon de la totalité des vingt-quatre heures, soit 1200 à 1500 cc chez l'adulte.

La couleur de l'urine, observée après filtration, varie du jaune ambrée au jaune citron; cette coloration change avec la concentration de l'urine. Une teinte jaune verdâtre ou brunâtre est due à l'élimination de pigments biliaires. Certains médicaments communiquent aussi à l'urine des couleurs particulières. Une teinte noire, due aux produits de décomposition de l'hémoglobine, se rencontre dans les états cachectiques. Une urine pâle, presque aqueuse, s'observe chez les nerveux et chez certains diabétiques qui ont une sécrétion très abondante.

A l'émission, l'urine normale est limpide; au bout de quelques heures, elle peut se troubler par le développement des bactéries qu'elle contient. A l'émission, l'urine peut aussi être normalement ou anormalement trouble. Le pus, suivant la quantité excrétée, communique à l'urine un trouble plus ou moins laiteux. Un trouble, qui n'a rien de pathologique, peut aussi tenir à la présence en excès de sels tels que les urates et les phosphates.

Après quelques heures de repos, toutes ces substances se déposent, et l'étude de ce dépôt peut nous renseigner sur sa nature.

Les urates et l'acide urique donnent un dépôt rouge-orange et rouge brique, qui peut faire croire à la présence du sang. Il se rencontre dans les urines à réaction acide et disparaît par la chaleur. La présence de phosphates donne lieu à un dépôt blanchâtre. Il se trouve dans les urines à réaction alcaline, disparaît par l'addition d'acide acétique et non par la chaleur.

Le dépôt dû au pus est aussi blanc ou blan grisâtre et ne disparaît pas par les procédés employés pour les phosphates. Le pus communique généralement à l'urine une réaction alcaline; cependant, disons en passant qu'une urine purulente à réaction acide est ordinairement tuberculeuse.

L'urine qui contient du sang présente un dépôt rouge, rose-rouge ou rouge brun. Ce dépôt ne disparaît pas par la chaleur, comme celui dû aux urates, et il coïncide avec la présence d'albumine.

L'albumine de l'urine provient de deux matières albuminoïdes du plasma sanguin, la sérine et la globuline.

Une autre variété d'albumine est constituée par la mucine, qui provient du mucus des voies urinaires et du vagin. La mucine est incoagulable à chaud et précipite par l'acide acétique à froid. La sérine et la globuline se recherchent par divers procédés dont le plus fidèle et le plus couramment employé est la chaleur.

Dans un tube à essai, on met de l'urine filtrée jusqu'aux deux tiers de la hauteur. Le tube est tenu par sa partie inférieure, et l'on chauffe jusqu'à ébullition la couche supérieure du liquide dans une flamme qui ne dégage pas de fumée, puis on examine en les comparant les deux couches chauffée et non chauffée. S'il s'est produit un trouble il est dû à la présence de phosphates ou d'albumine. Pour les différencier, on ajoute une dizaine de gouttes de la solution suivante :

Citrate de soude .....	250 grammes
Alcool à 90% .....	50 —
Eau, q. s. pour.....	1000 —

Cette solution a la propriété de dissoudre les phosphates. Donc, si le trouble persiste après addition du citrate : albumine.

La recherche du sucre dans l'urine est basée sur le principe suivant : le glucose chauffé en présence d'une solution tartrique alcaline de sulfate de cuivre donne un précipité rouge d'oxyde de cuivre.

Le réactif employé est la liqueur cupro-potassique ou liqueur de Fehling que l'on prépare ainsi :

Sulfate de cuivre .....	40 grammes
Eau .....	200 —

Cette solution est mélangée à la solution suivante :

Sel de Seignette (tartrate de potasse et de soude).....	200 grammes
Lessive de soude de densité 1.33 .....	300 —

Compléter au litre avec de l'eau.

Cette liqueur ne se conserve pas longtemps, et l'on trouve dans le commerce les deux solutions, qui servent à en préparer de petites quantités au moment de l'emploi.

Pour rechercher le sucre dans l'urine, on opère de la façon suivante : dans un tube à essai, on porte à l'ébullition quelques cc. de liqueur de F. A plusieurs reprises, on y ajoute quelques gouttes de l'urine à examiner, en chauffant de nouveau jusqu'à l'ébullition après chaque addition.

## Interprétation des résultats :

1<sup>o</sup>—Si le mélange reste bleu, pas de sucre ;2<sup>o</sup>—S'il se fait un précipité rouge brique, sucre ;

3<sup>o</sup>—Il peut se faire un précipité imparfait, jaune verdâtre, lent à se former. Il est impossible dans ce cas de dire s'il s'agit de sucre, de créatinine, d'acide urique, d'urates ou de sels ammoniacaux en qualité. On doit donc se débarrasser de ces dernières substances et opérer sur l'urine déféquée. On ajoute à l'urine 1/10 de son volume d'acétate basique de plomb. On filtre et, au filtrat on ajoute quelques cc. de carbonate de soude ; filtrer de nouveau.

Dans le diabète et à la période cachectique des carcinomes, apparaît dans l'urine de l'acétone que l'on caractérise de la manière suivante :

A 5 cc. d'urine déféquée, on mélange 10 cc. de lessive de soude diluée. On y ajoute 1/2 cc de la solution suivante :

Iode .....	25 grammes
Iodure de potasse .....	40    “
Eau, q. s. pour.....	100    “

Le tube est bouché avec le doigt et agité. Un trouble laiteux et une odeur d'iodoforme indique la présence de l'acétone.

L'acide diacétique est presque constamment associé à l'acétone à l'état pathologique. Il se recherche au moyen du réactif de Gehardt ; ou solution très diluée de perchlorure de fer, dont on ajoute quelques gouttes à quelques cc. d'urine. Une coloration rouge vineuse indique une réaction positive.

Les pigments biliaires normaux, constitués en majeure partie par la bilirubine apparaissent dans l'urine par obstacle à l'écoulement de la bile dans l'intestin. On les recherche au moyen de l'acide nitrique nitreux, que l'on prépare en chauffant de l'acide chimiquement pur avec de petits fragments de bois.

L'acide nitrique nitreux est porté au moyen d'une pipette au fond d'un verre conique contenant une dizaine de cc. d'urine. Si l'urine contient des pigments biliaires, il se forme à l'union des deux liquides des anneaux jaunes, rouges, verts, violets qui se fondent rapidement en un cercle unique vert émeraude.

Si l'urine est fortement colorée, il vaut mieux la diluer avant d'opérer.

L'urobiline, qui n'existe qu'à l'état de traces dans l'urine normale, se recherche comme les pigments biliaires, mais avec de l'acide nitrique ordinaire. Un anneau brun acajou plus ou moins épais indique la présence de l'urobiline en plus ou moins grande abondance.

## DIVERS

## CHRONIQUE

*La vie médicale—*

Les journaux nous apprennent que le docteur Beaudry, de Sherbrooke, vient d'être nommé membre du comité exécutif de l'Association Canadienne Anti-Tuberculeuse.

Nous ne pouvons que nous réjouir de cette belle nomination. Notre confrère méritait cet honneur par ses hautes qualités.

Nous ne connaissons qu'une "association canadienne contre la tuberculose". C'est celle qui a son siège à Ottawa. Nous sommes un peu étonné que notre confrère soit nommé pour faire partie de cette association.

Et pourquoi?... Pour la simple raison que c'est une sinécure anglo-saxonne. La correspondance est toujours anglaise et si on publie un livret en français, le tirage est très limité.

Si notre confrère fait partie de cette association, nous le prions de faire au français part égale—et nous aurions bien d'autres recommandations.

*Convention des médecins à Ottawa—*

Au mois de décembre dernier avait lieu, à Ottawa, une réunion des médecins, où la question d'abolir le diplôme provincial, pour lui substituer le diplôme fédéral, était à l'ordre du jour. Pour un anglo-saxon, qui regarde toujours du côté de l'Angleterre, qui n'a qu'une idée, celle d'angliciser tous les français, la question peut avoir un certain intérêt.

Pour nous, qui ne voulons ni devenir anglais, ni d'un diplôme fédéral, la question ne nous intéresse pas de la même manière. Nous n'avons aucun intérêt, même à discuter la question.

Ce que nous pourrions discuter, au contraire, c'est notre rentrée dans le Conseil Médical du Canada. L'organisation de ce conseil ne nous a rien donné, à nous Canadiens-français, et il a ouvert la porte de notre province aux Anglo-saxons. Qu'un médecin de race anglaise vienne s'établir dans un centre français, il sera reçu à bras ouverts et même les Canadiens iront en grand nombre requérir ses services. Supposez maintenant qu'un Canadien-français s'établisse à Toronto. Il crèvera comme un rat.

Dans le même ordre d'idée, que penser de la réciprocité avec la Grande-Bretagne ? Figurez-vous d'un jeune médecin, des Cantons de l'Est, partant un beau matin pour s'établir à Londres—ou en Ecosse. Non, mais l'idée de réciprocité avec l'Angleterre est ridicule. Qu'est-ce que notre collègue des médecins a voulu faire ?

Le registraire du collège pourrait peut-être nous dire combien il y a de canadiens qui pratiquent en Irlande? Et si la réciprocité n'a rien donné aux médecins de la province, est-ce que par hasard il n'y aurait pas un certain nombre de médecins d'Angleterre qui ont bénéficié de notre largesse?...

Le procès verbal du collège, quand il ne contient pas un discours du Président contre les médecins sous brevêt, accauche toujours de quelque confrère venant d'Angleterre.

Pourquoi nos gouverneurs n'en parleraient-ils pas à leur prochaine réunion ?

### *Une aubaine—*

Les confrères ont-ils porté une attention sérieuse à la circulaire du Docteur Lessard, directeur du Service d'hygiène?

Cette circulaire au sujet du livre "Pour lire en attendant bébé" du Docteur Donnadiou, de Toulouse, est fort intéressante. Tous les médecins connaissent le livre de vulgarisation de leur confrère de Toulouse, livre, qui, grâce à l'initiative et à l'activité de notre distingué confrère, le Docteur Aurèle Nadeau, est en train de pénétrer dans toutes les familles canadiennes-françaises. Le docteur Nadeau, comme vulgarisateur et comme éducateur des mères, est l'homme qui a fait le plus dans notre province. A-t-il été secondé par tous ses confrères? Combien d'entre nous n'avons même pas daigné écrire une simple carte au Docteur Lessard pour lui demander 25 ou 50 exemplaires de ce beau livre, pour le distribuer aux jeunes mères qui forment notre clientèle ?

Nous sommes les premiers à prêcher de faire l'éducation des jeunes mères en puériculture, ne soyons donc pas les derniers à commencer.

C'est le devoir de tout médecin de renseigner la jeune accouchée.

Si on ne fait pas ce travail, d'autres se chargeront de le faire au détriment de la santé de la mère et de l'enfant. Combien de fois n'avons-nous pas entendu, dans les congrès, que nos jeunes filles se marient sans connaissance aucune des devoirs et des responsabilités qui les attendent. L'enfant est né; pendant le temps réglementaire que vous passez auprès de la mère, pourquoi ne pas employer ces moments à causer avec elle de ses futurs devoirs.

Elle sera si heureuse de vous entendre lui dire ce qu'elle doit faire et ce qu'elle doit éviter.

Avant notre départ pourquoi ne lui laisseriez-vous pas un exemplaire de "Pour lire en attendant bébé", si vous ne l'avez fait avant. Voilà de la

bonne éducation, pratique; et qui portera des fruits—soyez-en convaincus.

Qu'on ne me parle pas de distribution de littérature de ce genre au cours de conférences, où tout le monde en prend un exemplaire et que l'on ne lit pas. L'éducation d'adultes, comme pour l'enfant, doit se faire à petites doses, lentement et en y revenant toutes les fois que l'occasion s'en présente.

C'est en s'intéressant à la mère et surtout à l'enfant, en disant à la première ce qu'elle doit faire pour avoir un bébé en bonne santé, que l'on détruira le préjugé, trop enraciné, hélas, "*que les médecins ne connaissent pas les soins aux enfants*".

Prenons la résolution d'avoir des livres de vulgarisation en puériculture sur sa table, dans l'antichambre, dans son sac pour accouchements, dans sa voiture, partout, pour en distribuer partout.

Pour cela il ne suffit qu'une carte postale au docteur Lessard, à Québec, ou au Dr Amyot, sous-ministre, à Ottawa.

*L.-F. Dubé.*

Villa-du-Verger,

Janvier 1925.

---

*N. D. L. R.*—Nos lecteurs nous pardonneront ce long retard dans la publication de ce numéro. C'était inévitable.

De plus l'abondance des matières nous force à remettre à plus tard certaines correspondances du plus haut intérêt touchant notre profession. Elles paraîtront dans la livraison de février que l'on recevra très prochainement.

---

## L'INTERNEMENT DES ALIENES.

---

Il nous a semblé utile de donner quelques renseignements d'ordre pratique sur les conditions dans lesquelles doit s'effectuer l'internement des aliénés, et sur la manière de procéder pour se conformer aux exigences de la loi.

Le médecin, plus que tout autre, doit être en mesure de donner à l'entourage du malade quelques conseils, sur la ligne de conduite à suivre dans ces cas.

Disons, d'abord, que le médecin appelé auprès d'un malade mental doit en premier lieu se prononcer sur la possibilité et l'opportunité de garder ce malade dans le milieu familial. Cette décision dépendra non seulement de l'état mental du malade, mais aussi des conditions du milieu et parfois des conditions sociales.

Dans les formes légères, ou à évolution rapide, quand il n'y a pas à craindre que les réactions du malade soient pour lui-même ou son entourage, dangereuses, il y a souvent lieu de surseoir à l'internement, surtout quand la famille est en mesure de prendre les dispositions nécessaires à l'assistance à domicile.

Dans les cas où l'internement s'impose, la pièce la plus importante du dossier d'internement, c'est le certificat médical, qui déclenche toutes les autres formalités. C'est en effet une pièce qui fera partie du dossier du malade, sera souvent consultée, et peut-être produite en justice. Le médecin, par cet acte, va faire d'un citoyen libre, un individu privé de la plupart de ses droits.

On ne saurait donc apporter trop de soin, à la rédaction de ce certificat. Il faut éviter d'employer des formules vagues, et ne pas craindre de décrire avec quelques détails, les symptômes qui s'imposent plus particulièrement à l'internement.

Par exemple : Au lieu de mentionner simplement : idées de persécutions, idées délirantes, mieux vaut indiquer quelques propos caractéristiques, tenus par le malade, et propres à manifester de façon évidente l'état pathologique. Il est aussi important de bien mentionner les réactions du malade sur lui-même et son entourage, de même que les signes physiques qui peuvent être une preuve importante de l'atteinte du système nerveux.

Les formules mises à la disposition du médecin, contiennent une série de questions auxquelles souvent ce dernier ne peut répondre en s'appuyant sur ses constatations. Dans ces cas, s'il indique des faits signalés par des



tiers, il doit les noter et les rédiger sous forme conditionnelle, par ex. : d'après les déclarations de la famille, le malade aurait fait telle et telle chose, présenté tel ou tel symptôme.

Voici les principales particularités de la loi qu'il importe le plus de connaître :

1—Quand il s'agit d'internements d'idiots ou d'imbéciles, il faut bien savoir que les malades de cette catégorie, ne sont admissibles dans les hôpitaux d'aliénés de la Province que lorsqu'il est clairement établi qu'ils sont dangereux, ou scandaleux, ou sujets à des attaques d'épilepsie ;

2—Les formules d'admission dressées plus de vingt jours avant l'internement d'un malade sont, par le fait même, périmées et sans valeur. Il en est de même du certificat du médecin qui ne peut être accepté, s'il a été fait plus de vingt jours après avoir vu la malade.

3—Dans le cas où le médecin est le maire de sa municipalité, il ne peut signer que la formule du médecin. L'un des conseillers devra dans ce cas remplir la formule du maire. Cette règle s'applique d'ailleurs aux autres signataires des formules. Chacun devant se limiter à une seule.

4—Lorsqu'il s'agit de l'internement d'un aliéné qui n'appartient pas à la municipalité, parce qu'il n'y a pas demeuré pendant six mois consécutifs, il appartient au requérant et au maire de déclarer sur leurs formules respectives, à quelle municipalité incombent les charges pouvant résulter de l'internement.

5—Comme le séjour dans un hôpital ne constitue pas domicile, quand il s'agit de faire interner un malade venant d'un hôpital ou hospice, il est du devoir du maire et du secrétaire-trésorier de l'endroit où le malade a eu son dernier domicile de remplir les formules requises.

6—Il est stipulé dans la loi qu'aucun malade ne pourra être interné, à moins que toutes les formalités requises, n'aient été, au préalable soumises à l'approbation du Surintendant médical, qui donnera aussitôt, s'il y a lieu, l'ordre d'admission.

On tend de plus en plus, à ne pas tenir compte de cette exigence et on s'expose à se voir refuser l'admission du malade, comme cela arrive trop souvent quand il y a des irrégularités dans le dossier d'admission.

Dans les cas d'extrême urgence le malade peut, cependant être admis, sur seule présentation du certificat médical, à condition, cependant, que le requérant s'engage à faire compléter le dossier, sous le plus bref délai possible.

Il appartiendrait peut-être au médecin de réagir, à l'occasion, contre la tendance abusive, qui fait demander, dès l'apparition des tout premiers

signes de démence, l'internement de pauvres vieillards inoffensifs, parvenus à l'extrême limite d'âge, et qui pourraient moyennant quelques sacrifices, être gardés dans leur famille.

Bien que dans certains cas, ces internements deviennent nécessaires, il n'en est pas moins vrai, que souvent, ils ne sont pas justifiés et que l'on compte de plus en plus sur l'état, pour se décharger d'obligations qui relèvent de la famille.

Il nous a semblé que ces quelques renseignements mettront MM. les médecins en mesure de rendre d'utiles services à leurs clients, et pourront leur éviter bien des ennuis et des retards dans l'internement de leurs malades.

*Dr. C. S. Roy,*  
Surint. médical, Hôpital St. Michel Arch.

## LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE QUÉBEC.

Québec, 21 novembre, 1924.

Monsieur le Dr. J. E. Bélanger (Lauzon), déclare la séance ouverte à 9.25 heures p.m.

Sont présents, Messieurs les Docteurs: Arthur Leclerc, P. V. Marceau, Arthur Vallée, Arthur Rousseau, Geo. Ahern, Alex. Edge, Albert Paquet, Arthur Potvin, Théo. Robitaille, Jos. Vaillancourt, C. O. Samson, Albert Drouin, Chs. Vézina, Henri Pichette, Jos. Caouette, Geo. Grégoire, Geo. Audet, W. Verge, Adolphe Marcoux (Beauport), J. E. Verreault, Édouard Samson, Léonide Reid, Henri Laliberté, R. Rainville, Eugène Bissonnette, Paul Poliquin.

Après lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance, Monsieur le Docteur Édouard Samson traite de la question importante "Des fractures du col de fémur". Après avoir parlé des différentes fractures du col, de la symptomatologie et du diagnostic, le Dr. Samson s'arrête surtout à la question du traitement: Il préconise la méthode de Whittman, dont il résume les grandes lignes: Transport du malade à l'hôpital toujours; anesthésie générale indispensable; réduction par traction forte sur le membre fracturé que l'on fixe en rotation externe et en abduction limitée. Après avoir mentionné les statistiques de Whittman qu'il considère très satisfaisantes, le Dr. Samson fait une appréciation critique de la méthode sanglante par l'enchevillement de Delbet, et de la méthode d'Albee par le greffon.

En terminant le Dr. Samson exprime le désir que disparaisse de notre milieu chirurgical, l'idée que les fractures du col du fémur ne se traitent pas. Traitons là toujours, faisons ce que nous pouvons et cette idée disparaîtra bientôt.

Des radiographies prises avant et après le traitement nous font voir les résultats qu'a obtenus le Dr. Samson, avec la méthode de Whittman.

Le Président remercie et félicite le Dr. Samson.

Le Dr. E. Couillard présente une étude sur les altérations spontanées des eaux de boisson, étude générale sur la présence dans l'eau, de certains micro-organismes comme le Crenothrix, le Cladothrix, et le Glenodinium.

Le Dr. A. Vallée communique à la société le résultat de l'étude d'une pièce qui lui a été soumise au point de vue anatomo-pathologique, après hystérectomie sub-totale, et où il s'agissait d'un épithélioma mixte de l'utérus. Après avoir expliqué au moyen de projections ce qu'est l'épithélioma mixte, le Dr. Vallée demande à messieurs les chirurgiens de nous dire ce qu'ils pensent de l'hystérectomie totale et de la sub-totale.

Mr. le Dr. Albert Paquet dit que dans un cas comme celui qui vient de relater le Dr. Vallée, faire une hystérectomie sub-totale c'est commettre une imprudence. L'hystérectomie totale est toujours indiquée.

M. le Dr. Jos. Caouette remercie le Dr. Vallée pour la si intéressante étude qu'il a faite de cette pièce pathologique, et comme il s'agit dans la circonstance d'une de ses malades il se permet d'en rapporter l'observation: la malade était âgée de 68 ans, et présentait pour tout symptôme des petites hémorragies assez récentes, (quelques mois seulement). Elle n'avait rien au col. A l'ouverture du ventre un petit polype sous-péritonéal s'est laissé voir sur le fond de l'utérus. Pour cette raison, et vue l'intégrité du col, il a opté immédiatement pour l'hystérectomie sub-totale, et il se demande si dans une circonstance de même nature, avant d'avoir en main le résultat de l'examen anatomo-pathologique de la pièce, il ne ferait pas la même intervention.

Messieurs les Docteurs Albert Paquet, Eug. Bisonnette, Chs. Vézina, et Fabien Gagnon prennent part à la discussion qui suit.

Monsieur le Président remercie ceux qui ont eu l'amabilité d'intéresser leurs confrères, et invite tous les membres à assister à la prochaine séance, vendredi le 29 décembre, au cours de laquelle auront lieu les élections des nouveaux officiers pour l'année 1925.

Sur proposition de Mr. le Dr. J. E. Verreault, secondé par Mr. le Dr. J. Caouette, Monsieur le Docteur Fabien Gagnon est admis à faire partie de la Société Médicale de Québec.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à 11.15 heures p.m.

*Dr. E. Couillard, sec.*

## BIBLIOGRAPHIE

*Vient de paraître :*

**Anatomie et palpation directe des différentes parties du corps humain,** étudiées spécialement au point de vue de l'emploi des manipulations massothérapeutiques, par le **Dr de Frumerie**, ex-professeur aux Écoles d'infirmiers et d'infirmières des Hôpitaux de Paris. 1 volume in-8 raisin de 276 pages avec 50 figures.....**18 fr.**

La palpation est sans contredit le plus difficile des moyens d'exploration diagnostique et demande une connaissance approfondie du corps humain dans ses moindres détails. De même que pour l'auscultation il faut éduquer le sens de l'ouïe, pour la palpation il faut éduquer le sens du toucher.

Il appartenait au Docteur de Frumerie qui enseigna la massothérapie pendant de longues années dans les hôpitaux de Paris, d'écrire sur ce sujet, un ouvrage spécialement destiné aux massothérapeutes et de combler ainsi une lacune qui existait dans notre littérature médicale.

Les principales manipulations massothérapeutiques ressemblant beaucoup à une palpation plus ou moins approfondie de la région massée, l'auteur s'est efforcé d'exposer l'anatomie massothérapeutique par rapport aux tissus accessibles à nos mains. La classification des différentes parties du corps humain vivant étant faite au point de vue du traitement manuel on n'y suit ni la division classique par région de l'anatomie descriptive, ni celles de l'anatomie topographique ou chirurgicale.

La mention des différents organes et tissus est limitée au savoir indispensable du massothérapeute.

De nos jours on ne se contente plus, pour l'étude de l'anatomie; des formes de l'écorché qui donne une fausse idée des tissus vivants. Pour la palpation, l'étude cadavérique de muscles inertes et déformés, présente à peu près le même inconvénient. Il faut absolument pour en tirer un vrai profit l'exécuter sur le vivant. C'est de cette façon seule que la palpation peut être utile pour apprendre à masser. Le lecteur trouvera dans cet ouvrage les meilleurs procédés employés pour arriver à ce résultat. Une série de planches démonstratives des plus simples l'aideront à suivre les descriptions anatomiques sans avoir recours aux traités spéciaux.

Pour chaque région, l'auteur indique l'attitude à faire prendre au sujet, et décrit les manipulations nécessaires pour exécuter le traitement manuel. La lecture de cet ouvrage est indispensable à toute personne s'occupant de massage.

**Traitement manuel des déviations pathologiques du Rachis,** par le **Dr de Frumerie**. Vigot Frères, éditeurs, 23, rue de l'École-de-Médecine, Paris. 1 volume in-16, avec 61 figures démonstratives. **5 fr.**

Dans cet ouvrage il n'est pas question du nourrisson ni de l'enfant en bas âge. A cette époque de la vie, le rachis forme, en effet, une courbe unique et c'est une grosse faute de chercher chez le tout petit une tenue comme celle que l'on exige de l'adulte.

La musculature dorsale plus faible chez la femme que chez l'homme expose surtout le sexe féminin aux déviations du rachis. Au début de l'affection il faut avant tout s'occuper principalement de la musculature; en second lieu, on traitera le squelette. Le Docteur de Frumerie dont les nombreux travaux sur la massothérapie font autorité, nous indique dans ce nouvel ouvrage, la méthode qu'il emploie depuis de longues années et avec un succès constant pour le traitement des affections du rachis: cyphose, lordose, scoliose, mais c'est surtout la cyphose qui profite du traitement manuel.

Dans le traitement des déviations du rachis comme dans l'orthopédie en général, le médecin doit constamment chercher à associer l'effet mécanique et l'effet rééducateur, lesquels s'entraident pour obtenir plus vite et plus sûrement un bon résultat.

Nous ne saurions trop recommander la lecture de cet ouvrage dont les nombreuses illustrations commentent le texte; on y trouvera de judicieux conseils dont le médecin pourra faire bénéficier ses malades.

---

**L'Invalidité-Maladie, Législation, Evaluations, Etiologie générale.** Pensions militaires, Accidents du travail, Assurances sociales, par le **Dr Ch. Daussat**, médecin principal de l'armée, président de commission de réforme. Vigot Frères, éditeurs, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris. 1 vol. in-16 carré de 176 pages.....**10 fr.**

L'étude de l'Invalidité-maladie, c'est-à-dire (de la diminution de capacité de travail consécutive à une affection des organes internes) s'est considérablement développée dans ces dernières années, soit dans l'application de la Loi sur les Pensions militaires pour les maladies de guerre, soit dans les pays comme l'Allemagne, l'Alsace-Lorraine et la Suisse où est en vigueur l'Assurance Sociale contre la Maladie.

En France, les expertises des Accidents du travail, dont la Jurisprudence a été réglementée par les Lois de 1898, 1902 et 1905, ont surtout concerné la description de la gravité et l'évaluation des maladies traumatiques, c'est-à-dire succédant à une violence (contusion, plaie) extérieure portant sur un organe interne.

La promulgation de la Loi de 1919 sur les maladies professionnelles soulevait également un certain nombre de litiges, dans lesquels devaient intervenir les opinions des Médecins et non plus celles des Chirurgiens, qui s'étaient naturellement spécialisés dans l'étude des traumatismes accidentels.

L'auteur s'est proposé, après avoir vu appliquer la Loi d'Assurances en Alsace-Lorraine, et en s'appuyant sur une riche documentation, de rassembler ces différentes expériences, et faciliter ainsi aux Médecins Experts et aux Magistrats, l'étude de ces importantes et souvent complexes questions.

---

**Leçons du jeudi soir, à la clinique Tarnier**—en collaboration—(Vigot Frères, éditeurs, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris). Un volume, in-8 de 216 pages avec 50 figures.

Ce livre contient douze leçons cliniques à l'usage des praticiens. Ces cliniques sont faites par douze médecins sur un sujet qu'ils ont particulièrement étudié. Ces sujets sont: la syphilis placentaire,—quelques cas particuliers de grossesse extra-utérine;—Le système nerveux de l'utérus;—Existe-t-il un traitement chir. du placenta praevia?—Conditions de l'hérédité de l'infection;—Obstruction pelvienne au cours de la grossesse et de l'accouchement;—Pathogénie, pronostic et traitement des vomissements graves de la grossesse;—étude des fonctions du foie au cours de la grossesse;—idées nouvelles sur la pathogénie de l'éclampsie;—affections annexielles au cours de la puerpéralité;—phlébites utéro-pelviennes puerpérales;—de l'infection ombilicale.

---

**Conférences de Clinique médicale pratique** (troisième série)—par le Dr Louis Ramond, médecin de l'hôpital Laennec. Un volume in-8 386 pages avec 36 figures. (Vigot Frères, éditeurs, 23 rue de l'Ecole de Médecine, Paris).

Ces conférences de clinique médicale ont déjà leur réputation toute faite. Il ne suffit que de donner le titre des leçons cliniques que contient ce volume.

I—La gangrène sénile. II—A propos du zona. III—La pneumonie du Sommet. IV—Le diagnostic du cancer de l'estomac. V—La varicèze (étude clinique). VI—Le diagnostic du tabès. VII—La granulie (ses formes cliniques et diagnostic). VIII—Les pneumonies tuberculeuses. IX—Paralysie radiale. X—Le diabète bronzé. XI—Les kystes hydatiques du poumon. XII—Albuminurie orthostatique (diagnostic des albuminuries intermittentes). XIII—Les accidents sériques. XIV—Les tumeurs du médiastin (signes et diagnostic). XV—L'insuffisance ventriculaire gauche.

**Traité d'anatomie pathologique générale**, par le Dr V. Ball. Un volume in-8 de 510 pages avec 195 figures. (Vigot Frères, éditeurs, 23 rue de l'École de Médecine, Paris).

Le livre que nous présentons au public médical et vétérinaire renferme les données principales de l'anatomie pathologique médicale. Les grands processus morbides s'y trouvent exposés, et pour en rendre l'étude moins aride et véritablement pratique, l'anatomie pathologique spéciale se trouve largement représentée sous la forme d'exemples. Dans un cadre de généralités, l'auteur a ainsi placé les états pathologiques les plus fréquents des deux médecines.

Ce livre s'adresse donc aux médecins et aux vétérinaires. Tous deux doivent posséder le fonds scientifique de cet ouvrage. Il contribuera à développer leur esprit critique et leur ouvrira des horizons en matière de pathologie.

Nulle part ailleurs que dans ce livre on ne trouvera une étude plus complète et plus concise des pseudo-tubercules de la morve, de la strongylose, de l'aspergillose, de l'actinomycose, de la rage. C'est aussi une mise au point du cancer chez l'animal.

**La biopsie clinique** en oto-rhino-laryngologie, par le Dr André Aubin. Un volume in-8 de 328 pages avec 38 figures. (Vigot Frères, éditeurs, Paris).

On désigne sous ce nom de biopsie "l'opération qui consiste à exciser sur le malade un fragment de tissu pathologique en vue d'établir le diagnostic histologique de la maladie dont il est atteint (Dareir)". Le travail de M. Aubin constitue une excellente étude de l'étape importante que vient de faire l'oto-rhino-laryngologie, et personne plus que l'auteur n'était qualifié pour mener à bien cette étude.

**Inégalité pupillaire et Tuberculose pulmonaire**, par le Dr W. Julien (de Pau). A. Legrand, éditeur, 93 Boulevard St-Germain, Paris. Un volume in-8 de 117 pages, avec un très grand nombre de figures.

Le sujet traité dans cette plaquette est tout-à-fait intéressant. Jusqu'à ces derniers temps, la simple constatation d'une inégalité pupillaire marquée, chez un sujet ne présentant aucune affection oculaire ou générale, faisait songer à la syphilis. Toute une série de travaux récents ont eu pour but de prouver qu'il n'en est pas toujours ainsi, et que la tuberculose pulmonaire est elle aussi capable de réaliser un pareil phénomène. Indiquer la manière de rechercher ce phénomène oculaire, de le mesurer, et de l'interpréter, tel est l'objet de ce livre. L'auteur termine son ouvrage en nous faisant connaître ses observations, les résultats qui en découlent et les conclusions pratiques que l'on peut en tirer.