

fois me paraissent être la principale objection à son usage (1). J'ai presque complètement renoncé à l'usage du permanganate de quinquina, malgré son utilité très évidente (2), en raison de la quantité considérable de la décoction, que je n'ai jamais pu réussir à faire prendre aux enfants, en proportion suffisante, ni assez souvent, pour qu'elle pût rendre un grand service. Küchenmeister, pourtant, parle d'un extrait aqueux qui se prépare dans l'Inde, et qui jouit d'une grande efficacité; mais je n'en ai nulle expérience.

**Néphrite albumineuse.** — Très voisines des troubles des organes digestifs, sont les affections auxquelles l'appareil urinaire est exposé. Malheureusement, des difficultés spéciales environnent leurs investigations dans les premiers temps de la vie, d'où il résulte que les informations que je puis vous donner au sujet de ces maladies sont moins complètes que je ne l'aurais désiré.

Chez l'enfant comme chez l'adulte, la congestion et l'inflammation sont les causes du plus grand nombre des affections du rein, et la preuve de leur existence est fournie par la présence de l'albumine dans l'urine, d'où le nom de *néphrite albumineuse*, qu'il me paraît convenable de conserver, en parlant de ce trouble tel qu'il se produit communément dans l'enfance; quelquefois, il dépend primitivement d'une altération du sang, comme dans la diphthérie, la pyémie et la période aiguë de la scarlatine; quelquefois, il résulte de l'influence directe du froid, alors que la suppression des fonctions de la peau est suivie de la congestion des reins; dans d'autres cas, et ce sont de tous les plus nombreux dans les premiers temps de la vie, lorsque les tubuli sont oblitérés par l'accumulation de leur épithélium, pendant la période de desquamation de la scarlatine (3).

(1) Formule qui la rend tolérable :

N° 38.	Huile de fougère mâle.....	3,00	
	Gomme pulvérisée.....	2,60	
	Alcoolat de muscade.....	6 gouttes.	
	Siróp de tolu.....	18,00	
	Eau de cannelle.....	30,00	M. s. a.

A prendre dans égale quantité de lait.

(2) Voyez une publication de M. Breton dans les *Med.-chir. trans.*, t. XI, p. 301. et Küchenmeister, *op. cit.*, p. 122.

(3) Sur 120 cas d'albuminurie dont j'ai conservé les notes (non compris ceux où elle compliquait la diphthérie, attendu qu'on a quelquefois omis l'examen des urines)

85 furent consécutifs à la scarlatine.

1 — rougeole.

A reporter.. 86

C'est à la suite de la scarlatine que nous trouvons les trois quarts des cas d'albuminurie qui se présentent dans l'enfance; et l'état que j'ai signalé comme en étant alors la cause productive, a conduit à adopter le terme de *néphrite desquamative*, donné par le Dr G. Johnson pour la distinguer des autres formes de la maladie, qui dépendent d'une cause différente.

On pourrait, tout d'abord, croire que cet état se rencontre après la scarlatine avec une régularité à peu près uniforme; ou, dans tous les cas, qu'il doit être facile de déterminer les particularités de la maladie qui la tiennent sous leur dépendance. La variabilité de sa fréquence ressort de cette proposition de Vogel que « pendant que, dans quelques épidémies de fièvre scarlatine, presque chaque malade devient hydro-pique, dans d'autres, le nombre en est si restreint que la proportion ne s'élève pas à 1/0 ».

Dans une épidémie décrite par Haidenhain, l'albuminurie se produisit dans..... 80 0/0.

—	—	par James Miller,	27	—
—	—	Wood, à Édimbourg,	12 1/2	—
—	—	Rosch,	10	—
—	—	Frerichs,	4	—

« La scarlatine est, depuis plusieurs années, endémique à Munich, mais peu contagieuse. J'ai traité au moins 50 ou 60 cas, mais deux fois seulement sur ce nombre, j'ai constaté l'albuminurie, et dans les deux elle fut très passagère (1). »

L'opinion commune que l'albuminurie est rare après une fièvre scarlatine intense, et fréquente dans les formes bénignes de la maladie est, je crois, exacte; mais mon opinion est que, sous d'autres rapports, il n'y a aucune relation constante entre les caractères de la maladie, et la disposition à l'hydropisie, ou à son immunité. C'est un accident non seulement, comme je l'ai montré, rare dans quelques épidémies, et fréquent dans d'autres, mais dont la gravité est exposée à des variations au moins

Report..... 86

3 furent consécutifs à la fièvre typhoïde.

1 — à la fièvre intermittente.

1 — au rhumatisme aigu.

2 — à l'empyème.

1 — à la pyémie.

2 — à la pneumonie.

1 — à l'application d'un vésicatoire.

Dans 14 la maladie était aiguë et idiopathique.

9 — chronique.

120

(1) Vogel, *lib. cit.*, p. 170.

WEST. — 2<sup>e</sup> édition.



aussi grandes que celle de sa fréquence; car, pendant que, dans le premier quart de l'année 1843, 7 0/0 seulement de la mortalité par la scarlatine furent dus à l'hydropisie secondaire, cette même cause déterminait 20 0/0 des *cas de mort* dans le dernier quart (1).

Que le froid et la suppression des fonctions de la peau favorisent la production de l'hydropisie après la scarlatine, c'est un fait qui s'appuie sur le témoignage universel; de même qu'il est surabondamment prouvé que la persistance des fonctions cutanées et le soin d'entretenir autour du malade une température toujours la même, pendant la convalescence, ont la plus grande influence pour la prévenir; l'adoption prématurée d'un mode de traitement stimulant, ou d'une diète de même nature, pendant la convalescence de la scarlatine, passent aussi pour avoir une influence marquée sur la production de l'hydropisie (2). Il est bon de se souvenir, toutefois, que les soins mal entendus sous ce rapport existent rarement seuls, mais sont habituellement unis à des négligences sur d'autres points: de sorte qu'on ne peut bien évaluer au juste l'influence de cette cause. Je suis, toutefois, bien sûr que l'emploi des stimulants dans des cas de scarlatine assez intense pour paraître indiquer leur administration, et même le libre usage du vin, en pareille circonstance, n'augmente en aucune façon les chances de production d'une hydropisie consécutive.

[Je suis convaincu par l'observation que si la disposition générale, due à la scarlatine, à produire l'albuminurie peut suffire pour que cette dernière se manifeste, nonobstant, le froid joue comme cause occasionnelle un rôle des plus importants; et que si on a le soin de soustraire les malades à toute cause de refroidissement peu d'entre eux deviendront albuminuriques. C'est, je crois, parce qu'on est bien plus circonspect, à ce point de vue, quand il s'est agi de scarlatines graves, qu'on voit celles-ci être suivies de néphrite moins souvent que les scarlatines bénignes. Dans le premier cas, la gravité des symptômes, l'abondance de la desquamation, font qu'on retient les malades longtemps au lit et à la chambre, tandis que dans le second, on les laisse non seulement se lever mais même sortir de bonne heure. Quelle qu'ait été la scarlatine, grave ou bénigne, je laisse mes malades au lit vingt-cinq jours, et à la chambre quarante. De cette façon, ils ont passé la période où l'albuminurie est surtout

(1) Le savant article de M. Jaccoud sur l'albuminurie, dans le *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie*, in-8°, Paris, 1864, confirme pleinement, par la citation de nombreuses autorités, la manière de voir exprimée ci-dessus au sujet de la prédominance de l'albuminurie dans différentes épidémies.

(2) Ainsi qu'il résulte des faits consignés dans le *Registrar general's office*, by the D. Tripe, dont les publications sur l'hydropisie scarlatineuse, dans le *British and Foreign medico-surgical review* of January and July 1854, sont des modèles de recherches laborieuses, d'arrangement lucide, et de déductions prudentes tirées de prémises bien établies.

fréquente, ce qui d'après un auteur anglais, le docteur Tripe, a lieu dans la deuxième et la troisième semaine tandis qu'après six semaines, il est tout à fait exceptionnel d'en rencontrer un cas.]

La date d'apparition de l'hydropisie est soumise à des variations très considérables, se présentant quelquefois dans la première semaine, d'autres fois pas avant la fin de la troisième, ou même plus tard. Dans la grande majorité des cas, cependant, les symptômes se montrent après la fin de la première semaine, mais avant que la seconde soit accomplie; pendant qu'il est rare, si son apparition est reculée loin dans la troisième semaine, que ses symptômes soient formidables, ou que sa marche soit aiguë. Elle s'établit quelquefois au milieu d'un appareil fébrile très prononcé, mais, même alors, elle a une grande tendance à prendre un caractère chronique. Mais dans la grande majorité des cas, son invasion est graduelle, et ses progrès sont lents. Dans ces conditions, l'enfant qui a traversé la fièvre éruptive, quelquefois avec moins de souffrances qu'il n'est habituel, commence à s'affaïsser, devient languissant, fébrile et agité. La peau devient chaude et sèche; le travail de desquamation, encore incomplet, s'arrête; l'appétit se perd, la soif est considérable; il s'établit de la constipation, la quantité des urines diminue; les envies de vomir sont très fréquentes. Après que les symptômes d'une convalescence interrompue ont duré pendant deux ou trois jours, ou même plus longtemps, la face se gonfle légèrement; de la bouffissure se montre autour des paupières, le matin, et probablement disparaît plus tard dans la journée, de sorte que, dans un grand nombre de cas, l'attention des parents n'est point attirée sur l'état des enfants avant que l'œdème se soit étendu aux mains et aux pieds. Le degré de l'anasarque varie beaucoup dans les différents cas, et de même oscille chez le même malade à des périodes différentes.

Habituellement, mais nullement d'une manière invariable, il y a un rapport manifeste entre le degré de l'œdème et l'intensité des symptômes généraux; et dans beaucoup de cas qui se terminent par la mort, il y a un épanchement séreux considérable dans les différentes cavités du corps. Dans les cas très légers, le trouble fébrile est peu considérable, l'anasarque minime, et bornée à la face. Après quelques jours d'indisposition, les reins reprennent leurs fonctions propres, l'anasarque disparaît et la santé de l'enfant se rétablit. Dans les cas graves, les symptômes existent pendant un long temps; l'œdème s'étend à la plus grande partie du tissu cellulaire du corps, la sécrétion de l'urine est extrêmement minime; et quelquefois, bien que certainement dans le plus petit nombre des cas, le malade accuse une douleur dans le dos, ou plus souvent, une sensibilité à la pression dans la région lombaire. Toutefois, le danger de l'affection dépend presque entièrement de ses complications;



car si celles-ci n'enlèvent pas le malade, l'amélioration se manifeste généralement dans le cours d'une semaine ou de dix jours, l'urine devenant graduellement plus abondante et moins albumineuse; après quoi l'anasarque diminue, et la santé du malade se rétablit. Mais, dans les cas où l'attaque a été sévère, il reste des traces d'albumine dans l'urine longtemps après que les signes de l'affection, sauf ceux d'une simple faiblesse, ont disparu; et il m'est arrivé de voir l'urine encore albumineuse un, et même deux ans, après une attaque de scarlatine.

J'ai parlé de l'hydropisie, qui n'en est qu'un symptôme, et de l'albuminurie, presque comme si c'étaient des termes équivalents; et dans les premières années de ma pratique, alors que je voyais seulement les malades chez eux, je pensais qu'il en était ainsi. Mais il a été entièrement prouvé que ce n'était pas le cas; l'épanchement séreux manque quelquefois complètement; dans d'autres cas, il est léger et passager; et dans la grande majorité des faits, la présence de l'albumine précède d'un jour ou deux, non pas simplement la manifestation de l'hydropisie, mais même tout indice d'une augmentation du trouble général, sauf, peut-être, un peu d'élévation de la température; mais les observations ne sont pas actuellement assez nombreuses pour permettre de déterminer si ceci a lieu invariablement.

Il faut ajouter que, si la règle est que l'abondance de l'hydropisie, et le degré du danger couru, soient, jusqu'à un certain point, en rapport l'un avec l'autre, cette loi est sujette à de nombreuses exceptions; car sur 35 cas d'albuminurie scarlatineuse suivie de mort, il y avait absence d'hydropisie dans 9.

Dans les 26 cas avec hydropisie :

La mort fut le résultat d'un épanchement dans les cavités séreuses dans.....	11 cas.
De la même cause unie à la pleurésie, à la pneumonie, ou à ces deux affections ensemble.....	6
De la pleurésie ou de la pneumonie indépendantes d'un épanchement considérable.....	4
De convulsions ou autres symptômes urémiques.....	5
	<hr/>
	26

Dans les cas non accompagnés d'hydropisie :

La mort fut le résultat direct de la fièvre dans.....	2 cas.
D'une pneumonie, d'une pleurésie ou bien des deux réunies..	4
D'une diphthérie intercurrente.....	2
De convulsions urémiques.....	1
	<hr/>
	9

Lorsque la mort est produite par un épanchement pectoral, l'anasarque a été en général abondante dès le commencement, et dans le cours

de peu de jours, après avoir subi des variations en apparence sans cause, elle devient extrême et générale. Les traits sont défigurés par l'hydropisie, les jambes fortement enflées et les parois abdominales très capillarisées, en même temps que la fluctuation du liquide contenu dans l'abdomen devient perceptible. La quantité d'urine rendue est peu considérable; celle-ci est forte en couleur, très albumineuse; en général elle contient du sang et de temps à autre cesse d'être rendue pendant des heures consécutives; quelquefois même, la sécrétion en est complètement suspendue, pendant les trente-six heures qui précèdent la mort du malade. Il se plaint quelquefois d'une douleur dans le dos, mais la principale souffrance est rapportée à la poitrine; la respiration est laborieuse et accélérée, l'enfant est tourmenté par une toux fréquente, courte, douloureuse et il devient incapable de garder la position horizontale. Dans cet état, la vie se prolonge quelquefois pendant plusieurs jours, bien qu'au prix de grandes souffrances; les remèdes ne réussissent ni à diminuer l'hydropisie ni à augmenter l'action des reins; à la fin, la mort arrive sous l'influence d'une augmentation brusque, mais en général de courte durée, du désordre des organes respiratoires. Un épanchement de sérosité dans la cavité pleurale, uni habituellement à l'œdème du poumon, voilà les plus importantes des lésions que l'on découvre à l'examen fait après la mort. Cet épanchement se fait quelquefois d'une manière si inopinée qu'il produit la mort soudaine d'enfants qui n'avaient présenté aucun symptôme d'une gravité particulière, et capable d'autoriser une inquiétude sérieuse. Il en fut ainsi chez un petit garçon de huit ans, chez lequel apparut une légère hydropisie, au dix-neuvième jour d'une fièvre scarlatine d'intensité moyenne.

Le troisième jour après l'apparition de l'anasarque, l'enfant allait à une distance d'environ une demi-lieue de l'infirmerie et en revenait; et, bien qu'il parût fatigué et oppressé, il ne présentait pourtant aucun symptôme particulièrement menaçant.

Il eut une nuit un peu agitée, mais paraissait, le matin, plutôt mieux que pis, au moment où il se leva pour aller à la garde-robe. Peu après s'être remis au lit, il commença par s'agiter en perdant connaissance, et en moins de cinq minutes il était mort. La présence d'une demi-pinte de liquide dans la poitrine, et la compression avec condensation de la partie inférieure des deux poumons, qui en était la conséquence, étaient les seules lésions qui pouvaient expliquer la mort soudaine de l'enfant. J'ai observé d'autres exemples de mort presque aussi rapide, dans des cas d'hydropisie consécutive à la scarlatine.

La possibilité d'un tel fait doit nous porter à observer de très près les malades, chez lesquels l'absence d'une résonnance normale, ou l'absence d'une respiration bien nette, dans l'une ou l'autre des régions sous-scapulaires, trahit la présence d'un liquide dans la poitrine, puisque



un épanchement peu abondant peut augmenter avec une extrême rapidité ; et que des symptômes qui avaient paru peu importants peuvent en quelques heures, mettre la vie en danger, ou même causer la mort.

On observe souvent, en même temps qu'un épanchement abondant dans la cavité pectorale, un léger degré d'inflammation de la plèvre, donnant lieu à sa vascularisation, ou à un faible dépôt de lymphe à sa surface. Une pleurésie aiguë, qui se termine par suppuration, ou une pneumonie marchant rapidement vers le troisième degré sont des faits moins fréquents, mais qui constituent une complication non moins formidable de la néphrite albumineuse.

La production de l'une ou de l'autre de ces deux affections est souvent indépendante de l'existence de l'anasarque, bien qu'elle ait, je crois, toujours lieu dans le cours d'un état albumineux des urines et soit toujours précédée des symptômes fébriles qui accompagnent presque invariablement l'albuminurie consécutive à la scarlatine. Les deux maladies suivent dans ces conditions une marche excessivement rapide ; et j'ai vu la mort survenir, et la presque totalité d'un poumon passer au deuxième, et au troisième degré de la pneumonie, trente-six heures après l'apparition des premiers symptômes d'un désordre du côté des organes pulmonaires ; fait qui donne une gravité particulière à toutes les affections pectorales consécutives à la scarlatine.

Enfin, la mort est quelquefois due à des convulsions analogues à celles qui peuvent survenir chez l'adulte dans le cours de la dégénérescence granuleuse des reins. Chez l'enfant, pourtant, cet accident est très insolite ; et même quand les convulsions se produisent, elles ne donnent pas lieu à un résultat fatal : ainsi sur douze cas qui se sont offerts à mon observation, sept ont guéri, et sur quinze dont les détails ont été recueillis par M. Rilliet, douze se sont terminés par la guérison, trois seulement par la mort. Les convulsions apparaissent brusquement sans symptômes prémonitoires ; excepté la grande diminution, presque constante, de la quantité de l'urine, pendant au moins vingt-quatre heures. Elles sont souvent précédées d'un violent mal de tête, suivies d'une perte de connaissance plus ou moins complète, et se reproduisent presque toujours dans une période de une à trois heures. La violence des attaques varie ; la première n'est pas en général aussi sévère que les suivantes, et le degré du retour de l'intelligence dans l'intervalle des attaques n'est pas toujours le même ; pourtant, toutes les fois que la guérison a lieu, le retour complet des facultés intellectuelles et physiques montre qu'aucune lésion persistante n'a atteint le cerveau. Quand les malades guérissent, non seulement le retour des fonctions cérébrales est complet, mais il est rapide ; et, si l'enfant survit vingt-quatre heures à la première attaque, nous pouvons, je crois, considérer le danger provenant de cette

source comme arrivé à sa fin ; sans oublier que le même état du sang qui prédispose aux convulsions est une cause très efficace d'inflammation des membranes séreuses, et que, ainsi qu'il arriva dans un cas de ma pratique personnelle, le malade peut survivre au danger provenant d'une de ces sources, pour succomber à celui provenant de l'autre. Quelquefois c'est un coma profond qui se montre de prime abord précédé de céphalalgie et de mal de tête, ou bien est consécutif à une attaque de convulsions. Dans d'autres cas, il n'y a pas de convulsions ni de coma ; l'enfant se plaint d'un violent mal de tête, a de la fièvre et accuse un certain degré d'amblyopie ; symptômes qui relèvent de l'urémie comme les précédents et réclament le même traitement.

En supposant que le malade échappe aux périls qui naissent de ces causes diverses, la convalescence s'établit, et l'hydropisie persiste, au plus, pendant une quinzaine de jours ou trois semaines, bien que l'enfant reste ensuite longtemps languissant et faible, avec un pouls faible et un aspect anémique, et que toute complication un peu sérieuse puisse facilement retarder la guérison d'une manière presque indéfinie. L'exposition au refroidissement peut également suffire, même après plusieurs mois d'une convalescence apparente, à reproduire l'état albumineux des urines, accompagné comme auparavant d'anasarque, bien qu'en général les symptômes d'hydropisie ne soient pas considérables.

Altérations de l'urine. — Les symptômes d'un trouble constitutionnel, déjà décrits, et qui, après tout, sont ceux d'une hydropisie inflammatoire, sont liés à des changements dans la composition de l'urine, aussi bien que, dans la plupart des cas, à la diminution de quantité de cette sécrétion. Dans les cas très légers, où les phénomènes d'hydropisie sont à peine marqués, ou bien où il y a un peu de malaise retardant les progrès de la convalescence, l'urine peut être un peu moins transparente que d'habitude, et présenter à l'examen de légères traces d'albumine. On a agité la question de savoir si la présence de légères traces d'albumine, même pendant vingt-quatre heures seulement, n'a pas toujours lieu à un moment ou à un autre de la convalescence de la scarlatine ; et les résultats des dernières recherches sont de nature à augmenter la probabilité d'une pareille supposition. Quoi qu'il en soit, les modifications de l'urine sont, dès le début, beaucoup plus considérables, ou le deviennent rapidement, dans tous les cas où il existe un trouble constitutionnel un peu marqué. Transparentes au moment où elles sont rendues, les urines sont d'une couleur plus foncée que d'habitude, deviennent rapidement troubles en se refroidissant, et déposent un sédiment plus ou moins abondant. Elles ont une réaction fortement acide, dépassent un peu la densité normale, redeviennent claires par la chaleur, puis deviennent nuageuses à mesure que l'albumine qu'elles contiennent se



coagule et forme un précipité floconneux. Si l'attaque est plus grave, l'urine, qui est très rare, est brune, ou de couleur foncée, rouge foncé, ou couleur de café, et donne un précipité d'une coloration brune-rougeâtre, lequel ne disparaît pas complètement quand on la chauffe. L'albumine existe en même temps avec une abondance extrême. C'est à la présence de la matière colorante du sang que l'urine doit en partie sa teinte foncée; mais dans beaucoup de cas le sang existe en abondance, et pendant un temps il s'agit positivement d'une hématurie; mais ce symptôme, à un tel degré, est d'habitude temporaire, et ne dure pas plus de trente-six à quarante-huit heures, chaque fois; il se reproduit souvent plus d'une fois pendant la maladie, sans cause appréciable. D'habitude, non invariablement, la présence à un moment quelconque d'une grande quantité de sang dans l'urine indique un trouble très sérieux des fonctions du rein, et annonce une convalescence lente et imparfaite. D'un autre côté, on ne voit point, en général, coïncider un degré extrême d'anasarque et d'hématurie; pas plus que la disparition complète du sang de l'urine n'implique constamment l'idée d'une amélioration correspondante dans l'état général du malade. De tous les indices fournis par l'urine, aucun n'est d'une signification aussi constamment mauvaise que la diminution marquée dans la quantité de cette sécrétion, surtout quand cette diminution survient rapidement; et quel que puisse être l'état du malade sous les autres rapports, la suppression complète de l'urine, pendant un temps dépassant beaucoup douze heures, annonce presque invariablement l'approche rapide de la mort.

L'examen microscopique fait découvrir des cristaux d'urate d'ammoniaque, des corpuscules muqueux, des débris d'épithélium, des moules de tubuli urinaires et, dans beaucoup de cas, des globules sanguins très peu altérés. Ces éléments diminuent toutefois, à mesure que les symptômes s'amendent, que la quantité de l'urine augmente, et que le liquide revient à ses caractères naturels. Mais longtemps après que l'urine a paru saine et a cessé de précipiter, les réactifs chimiques peuvent montrer qu'elle n'est pas libre d'albumine; et j'ai trouvé des traces de la présence de cette dernière, plus de deux ans et demi après une attaque d'hydropisie scarlatineuse.

**Lésions rénales.** — Le degré des lésions présentées par les reins, après les cas mortels, paraît dépendre en partie de la durée de la maladie, en partie de la cause prochaine de la mort du malade; quand cette dernière est le résultat de l'hydropisie elle-même, les lésions sont plus considérables que quand elle est due à quelque inflammation intercurrente.

Lorsque les reins sont le moins malades, on les trouve augmentés de volume, bruns, pesants et gorgés de sang veineux, mais sans autre altération. A un degré de maladie plus avancé, leur surface présente une

couleur pâle, mamelonnée, et quelquefois granuleuse, en même temps que des plaques vasculaires, remarquables par la disposition stellée des petits vaisseaux qui les composent, s'y trouvent parsemées. Sur la surface d'une section, on peut observer un contraste marqué entre la substance corticale de l'organe, de couleur pâle ou jaunâtre, et la substance tubuleuse fortement injectée, en même temps que la membrane des bassinets présente, en général, un haut degré de vascularisation. L'apparence granuleuse, caractéristique du second degré de la maladie de Bright, est aussi plus évidente sur une section de l'organe qu'elle ne l'est à l'examen de sa surface; de plus, l'altération du tissu se trahit par la facilité avec laquelle il se déchire ou se rompt sous la pression du doigt. Le temps nécessaire à la production de ces lésions varie beaucoup. Je les ai vues exister, à un degré remarquable, dans le cas d'un petit garçon, âgé de cinq ans et demi, qui mourut d'un épanchement séreux dans la poitrine, le vingt-deuxième jour après l'apparition de l'éruption scarlatineuse, et le troisième après le début de l'hydropisie; mais c'est le seul fait, à ma connaissance, où des lésions aussi étendues se soient produites en un temps aussi court. Je n'ai eu l'occasion de voir aucun cas où j'aie trouvé, après la mort, les altérations caractéristiques du troisième degré de la maladie de Bright; car, bien que les enfants puissent rester faibles, et avec une santé tout à fait dérangée, longtemps après que la période aiguë de la maladie a disparu, même mourir de ses conséquences éloignées, je crois que l'issue fatale, dans de telles circonstances, est habituellement produite par le développement de la tuberculose, non par les progrès de l'altération rénale.

L'emploi du microscope nous a, depuis longtemps, permis de faire un pas de plus que nous n'aurions pu le faire autrefois dans la connaissance de la pathologie de cette affection. Il nous a appris que le processus morbide commence dans la couche corticale du rein enflammé, pendant qu'il se produit dans les tubuli une augmentation dans la production de leur épithélium, ou même qu'il se fait un épanchement de matière fibrineuse solide dans leurs cavités. L'urine entraîne quelques-uns de ces matériaux, et débarrasse ainsi les tubes pour un temps; mais comme leur contenu se reproduit en trop grande abondance pour être éliminé de cette façon, quelques-uns des tubuli deviennent complètement imperméables, quelquefois même se distendent au point de se rompre et de disparaître. Ce n'est pas là tout: les vaisseaux capillaires de l'organe participent nécessairement au désordre; d'abord, par excès de congestion, ils se dilatent et deviennent variqueux, et ensuite (en partie à cause de la formation de caillots dans leur intérieur, en partie sous l'influence d'un processus inflammatoire adhésif), ils s'obstruent, ou même s'oblitérent. Si nous supposons que ce processus morbide se soit considérablement étendu, il doit laisser le rein prématurément altéré, pendant que ses degrés, même



plus légers, doivent, pour un temps, troubler sérieusement les fonctions de l'organe. Dans la première période de la maladie, la présence de l'albumine dans l'urine est due en partie à la sortie du sang des capillaires surchargés du rein; en partie à la suspension temporaire des fonctions de ce dernier. Si à une période plus avancée, alors que l'urine n'a plus sa couleur morbide foncée, et a retrouvé la plupart de ses caractères normaux, il reste encore une quantité notable d'albumine, il y a lieu de craindre que l'organe n'ait subi quelque sérieuse altération. En même temps, la force réparatrice propre à l'enfance tend, je crois, à faire disparaître définitivement le désordre, et justifie un pronostic plus favorable quant à la guérison finale complète, que celui qu'on serait autorisé à porter dans l'albuminurie chez l'adulte.

Traitement. — Le traitement de cette affection est, en somme, celui d'une hydropisie inflammatoire, quelle que soit la cause dont elle puisse provenir. Si elle a débuté avec intensité, l'urine étant très fortement colorée, très peu abondante, et chargée d'albumine, je suis certain que la soustraction du sang est très utile; et je crois que l'emploi des sangsues, ou l'emploi de ventouses scarifiées sur les reins ne remplacent qu'incomplètement la saignée du bras. Que la saignée soit indiquée ou non, le but principal vers lequel doit tendre le traitement est le rétablissement de la fonction cutanée; et plus nous serons heureux sous ce rapport, plus nous éloignerons le danger et hâterons la convalescence. Dans cette intention, le bain d'air chaud est un des moyens les plus efficaces que je connaisse; il ne stimule pas seulement la peau plus efficacement que le bain d'eau chaude, mais il a de plus l'avantage de pouvoir être employé sans sortir le malade de son lit, et par conséquent sans faire courir le risque d'un refroidissement. On peut le donner une ou deux fois en vingt-quatre heures, et il manque rarement, même quand son action est très passagère, de produire, au moins pendant ce temps, une transpiration abondante. Parmi les remèdes internes, le tartre stibié mérite d'occuper le premier rang, et je ne connais pas de médicament dont l'utilité, dans la période aiguë d'une hydropisie scarlatineuse, rencontre si peu d'exceptions. On devra le donner à dose vomitive toutes les quatre heures et au moment du coucher, si le mal de tête ou la constipation n'y mettent pas obstacle; on peut lui associer avantageusement une petite dose de poudre de Dover. Quand par ces moyens on a provoqué l'action de la peau, que l'anasarque a cessé d'augmenter, et que l'albumine des urines a beaucoup diminué, on peut ajouter à la potion quelque diurétique doux, comme l'acétate de potasse, l'extrait de taraxacum, l'esprit d'éther nitrique, ou l'acide benzoïque, dont j'ai dernièrement fait un fréquent usage; en même temps on pourra diminuer la dose de l'émétique; mais le retour de l'urine à une coloration plus foncée, ou l'augmentation de la proportion d'al-

bumine devraient être considérés comme indiquant la cessation de ces médicaments, et le recours au premier traitement.

Le désir manifeste d'augmenter la sécrétion urinaire sans irriter les reins a conduit le docteur Dickinson à conseiller l'administration d'une grande quantité d'eau, d'après le principe qui avait fait préconiser une semblable manière d'agir dans la diphthérie, par le docteur Wade. L'emploi de ce moyen ne rencontre pas dans l'albuminurie scarlatineuse les mêmes difficultés que dans l'angine diphthéritique; et il n'y a pas à douter que, dans certains cas, cette manière de faire ne soit très utile, en produisant une augmentation de la quantité de l'urine, la diminution de sa densité, et aussi une diminution absolue de l'albumine. Il paraît toutefois qu'on arrive vite à la dernière limite de ce dernier résultat; et sauf ces cas légers, où l'altération tend à disparaître d'elle-même, rien de ce que j'ai observé parmi mes malades de l'hôpital des Enfants n'autorise à regarder l'absorption de deux ou trois pintes d'eau froide dans les vingt-quatre heures comme autre chose de plus qu'un adjuvant du traitement.

Mon expérience personnelle ne conduit pas à se faire une opinion favorable de l'usage des cathartiques dans le traitement de cette affection. Ils sont d'une action incertaine, causent souvent beaucoup de gêne au malade lorsqu'ils agissent, et l'exposent à se refroidir, en même temps que la diarrhée est une complication très fatigante et très difficile à contenir. C'est pourquoi je pense qu'il est préférable de donner des laxatifs, quand l'état de constipation en rend l'usage indispensable.

Dans les cas d'hydropisie très légère, il suffit de donner l'antimoine à petites doses, de façon à produire simplement un effet diaphorétique, tandis que, dans les cas de longue durée, la faiblesse du pouls du patient, et quelquefois l'irritabilité de son estomac, en contre-indiquent souvent l'usage, d'une manière complète. Dans les cas où la quantité de sang rendu est considérable, la première indication consiste à la diminuer autant que possible. Dans cette intention, l'acide gallique, à la dose de 0,25 centigr. toutes les quatre heures pour un enfant de cinq ans, est le meilleur remède que nous puissions employer, en même temps qu'on peut encore donner une petite dose d'antimoine le soir au moment du bain chaud, dans le but d'aider à entretenir une action suffisante de la peau. Dans la période chronique de la maladie, même quand il n'y a pas de sang dans l'urine, si la quantité d'albumine est considérable, on donnera encore l'acide gallique de préférence à tout autre remède.

Quant à ce qui est des complications de la maladie, je ne sache pas que leur association à l'hydropisie scarlatineuse fournisse des indications spéciales au traitement, bien que certainement elles anéantissent des espérances que sans elles nous aurions pu avoir dans le succès de