

tionnelles de l'organe, et, en fin de compte, son usage aboutit toujours, par le fait des quantités relativement élevées qu'on en absorbe, à l'introduction de proportions exagérées d'alcool dans l'économie.

Nous préférons conseiller aux malades réfractaires à l'usage du lait de boire, à leur repas, deux ou trois travers de doigt d'une de ces *bières brunes* (stout ou bière de malt), que la torréfaction de l'orge rend moins excitantes pour le rein, qui contiennent peu d'alcool (4 à 6 p. 100) et qui, surtout par leur coloration foncée et leur amertume très accentuée, supportent d'être fortement étendues d'eau. De cette façon et coupées avec des *eaux naturelles ou minérales*, s'il y a lieu (*Alet, Pougues, Bussang*), on obtient une boisson agréable, stimulante des fonctions digestives et tonique à la fois; de plus, par leurs diastases, les bières de malt favorisent la combustion des hydrocarbures et, par contre-coup, celle des matières albuminoïdes.

V

Constitution du régime mixte.

Et maintenant, dans quelle mesure, dans quelles proportions les divers aliments que nous venons de passer en revue sont-ils acceptables, et comment doivent-ils être associés pour constituer le régime quotidien du brightique? Ici, rien d'absolu, et tout se borne à une question de tâtonnement, en se reportant toujours, bien entendu, aux principes généraux que nous avons exposés plus haut et en remontant à la constitution chimique de chaque aliment. La première condition dont il y aura lieu de tenir compte, c'est le poids du malade; car on devra s'appliquer à lui fournir sa ration d'entretien en la basant sur ce chiffre, généralement accepté par les physiologistes, de 0^{gr},30 d'azote et de 5 grammes de carbone par kilogramme de poids du corps. Nous possédons aujourd'hui des tables très bien faites, nous donnant la teneur exacte des principaux éléments d'alimentation (voir l'*Hygiène alimen-*

taire de Dujardin-Beaumetz), et, dans ces conditions, un calcul très simple nous permettra d'établir le *régime nécessaire*.

Voici, à titre d'exemple, un tableau représentant le menu de deux repas, constitués avec des aliments permis au brightique :

1 ^{er} repas du matin.	Az Grammes.	2 ^e repas du soir.	Az Grammes.
Lait, un demi-litre représentant.	2,50	Lait, un demi-litre.	2,50
Viande, 150 grammes.	2,70	Pain blanc, 250 gr.	3
Pain blanc, 250 grammes ¹	3	Riz, 100 grammes.	1,80
Oeuf, 1.	1,25	Jambon, 50 gr.	0,90
Légumes frais, 110 grammes.	0,24	Deux œufs.	2,50
	<u>9,69</u>		<u>10,70</u>

Soit ensemble 20^{gr},29 d'azote, à peu près exactement la ration d'entretien, en matières protéiques, pour un adulte de 65 kilogrammes. Or, ces 20^{gr},29 d'azote représentent approximativement 125 grammes de matières protéiques, et ces 125 grammes de matières albuminoïdes contiennent déjà 64 grammes de carbone; les 500 grammes de pain répondent à 150 de C, les 100 grammes de riz à 41 et les 100 grammes de légumes frais à 5. Soit ensemble 260 grammes. Il ne restera donc plus à introduire, à titre de complément dans ce régime, qu'une cinquantaine de grammes de C; car le litre de lait, pris comme boisson ou associé aux aliments, correspondant à 50 grammes, en moyenne, d'éléments hydrocarbonés, il suffira, par exemple, d'ajouter aux deux repas sus-indiqués 100 grammes de châtaignes dans un peu de lait (soit 35 grammes de C) et 60 grammes de chocolat, au milieu du jour, pour fournir à un malade atteint de mal de Bright une alimentation appropriée et compensant exactement ses pertes quotidiennes, les 90 grammes de graisse dont il a besoin étant largement représentés par les matières grasses du pain (7^{gr},58), de la viande (2^{gr},60), du lait (15 grammes), du gras de jambon, du beurre, etc.

1. Il est bon de se rappeler que, plus le pain est blanc, plus il renferme d'azote: il serait peut-être préférable de conseiller le pain de ménage ou de son (riche en phosphates) (Graham. — Marie). Voir aussi BARRAL. — *Le blé et le pain*, 2^e édition, Paris, 1867.

VI

Mode d'institution du régime lacté.

Théoriquement, une alimentation conforme à celle que nous venons d'indiquer doit et peut être conseillée à un brightique, sans qu'il perde rien de son poids, et sans que la dose d'albumine, contenue dans son urine, dépasse sensiblement la dose minima à laquelle cette albuminurie peut être ramenée par le régime lacté continué huit ou dix jours consécutifs. Et, de fait, les choses se passent souvent de la sorte; mais les solutions mathématiques ne sont guère de mise en clinique; et, bien souvent, il y a lieu de modifier dans la pratique les formules les plus rigoureusement justifiées. C'est une observation patiente et sincère de chaque jour qui peut seule nous conduire à l'établissement définitif du régime convenant à tel ou tel cas particulier; mais, pour nous aider à estimer les effets de tel ou tel genre d'alimentation, en dehors de l'examen souvent répété des urines, de l'appréciation méthodique des quantités éliminées, du taux de l'albumine et de l'urée, nous avons divers moyens d'appréciation, aptes à nous renseigner d'une façon précise: la recherche méthodiquement faite de la toxicité urinaire, suivant le procédé de M. Bouchard, l'estimation de la pression artérielle avec le sphygmo-manomètre de Potain, l'auscultation soignée du cœur, dont le *rythme de galop* a une si grande importance diagnostique ou pronostique, sont la plupart du temps suffisantes pour nous donner le taux de la perméabilité du rein et de la résistance du cœur, ces deux facteurs autour desquels gravite tout l'avenir du brightique. Si donc la quantité des urines reste normale, l'albuminurie minima, la pression artérielle moyenne de 17 à 20, le cœur régulier avec un rythme de galop peu accentué et sans accélération notable; si, avec cela, les forces restent suffisantes, les œdèmes peu prononcés, l'anémie modérée (c'est-à-dire si la globulie est suffisante); si enfin les signes d'intoxication (céphalées, troubles

sensoriels ou respiratoires et autres petits signes de brightisme) font défaut, on est autorisé à s'en tenir à cette alimentation mixte et à continuer un régime plus compatible avec les goûts des malades et plus favorable au maintien de leur énergie dans le travail.

Mais, à la première menace d'intoxication ou au premier indice de défaillance du cœur, alors il n'y a plus de transaction admissible; c'est le régime lacté seul auquel il faut avoir recours et qu'il faut savoir faire accepter dans toute sa rigueur. Tout le monde est ici d'accord pour les conditions que ce régime doit réaliser: 3 ou 4 litres en vingt-quatre heures sont nécessaires pour assurer la nutrition, puisque, d'après les calculs généralement admis, cette quantité de lait représente plus de 200 grammes d'albumine sèche et de caséine, 172 grammes de beurre, 161 grammes de sucre; des sels et de l'eau, en proportions même supérieures à celles qu'exige la ration d'entretien. Mais cette quantité ne doit pas être prise sans discernement, c'est-à-dire au gré de la soif ou des caprices du malade. M. Jaccoud a bien montré que, lorsqu'un malade cesse de prendre du lait pendant la nuit, la quantité d'albumine, contrairement à ce qui s'observe à l'état normal chez le patient soumis à l'alimentation commune, se trouve en proportion plus grande dans l'urine du matin. D'où la nécessité de répartir régulièrement le lait entre les heures de jour et de nuit: une grande tasse de lait, de 250 à 300 grammes, prise toutes les deux heures, équivaut exactement à la ration exigée. Si le malade témoigne d'un invincible dégoût, on peut procéder avec ménagement et instituer le régime d'une façon progressive en augmentant régulièrement la dose de lait ingérée, tandis qu'on diminue d'autant les aliments autorisés simultanément. Mais, le plus souvent, il est préférable d'établir la diète lactée d'une façon brusque et absolue; si l'aversion du malade est trop grande, une cuillerée ou deux de thé très concentré, ajoutées à chaque tasse de lait, comme le conseille le professeur Potain, triomphent assez souvent de cette répugnance; de plus, si l'estomac

accepte mal ce nouveau genre d'alimentation, en donnant, après chaque dose de lait, 10 à 20 centigrammes de pancréatine (Potain), on arrive assez aisément à réaliser la tolérance parfaite. Cette tolérance est accompagnée généralement d'une constipation opiniâtre, tandis qu'au début le malade avait au contraire de la *diarrhée*; un peu d'*eau de chaux* ou de *bismuth*, associés ou non au bicarbonate de soude, triomphent assez facilement de ce dernier inconvénient, tandis que la *constipation* cédera à quelques préparations laxatives de *rhubarbe*, *magnésie* ou autres moyens analogues.

VII

**Albuminuries des dégénérescences épithéliales
et du diabète.**

Les détails dans lesquels nous venons d'entrer s'appliquent, de préférence, aux cas d'albuminurie liée à l'évolution de la néphrite interstitielle; mais ils sont, en grande partie, applicables aussi aux faits d'albuminurie liée aux altérations du rein relevant des *dégénérescences épithéliales*. Dans cette seconde hypothèse, il y a pourtant quelques réserves à faire; ici, en effet, l'action des toxines d'origine alimentaire est un peu moins à redouter, les dangers de l'urémie étant moindres et la tendance à l'hyperexcitabilité cardiaque moins accusée; par contre, ce qu'il faut éviter surtout, c'est l'irritation de l'organe malade. L'état des forces laisse aussi davantage à désirer, l'anémie est plus marquée, l'énergie contractile du cœur plus restreinte. Dans ces conditions, le régime alimentaire devra réaliser ces nouveaux desiderata; les indications de la diète lactée seront moins absolues et l'on semble autorisé à se départir un peu des règles rigoureuses préalablement tracées, à prescrire une alimentation plus azotée, et surtout plus riche en hydrates de carbone et en graisses. Tout en étant toujours très sévère au sujet de l'interdiction du bouillon gras, du poisson, des viandes faisandées, on pourra forcer un peu la quantité de viande permise, on insistera

d'avantage aussi sur l'utilisation des mets féculents et des aliments gras; chez ces malades aussi, on pourra plus facilement permettre un peu de vieux bordeaux ou de vin d'Espagne. Il est incontestable, en effet, qu'une diète lactée trop rigoureuse chez un brightique par intoxication palustre ou par dégénérescence tuberculeuse du rein aurait de sérieux inconvénients. Ceci est vrai surtout pour l'albuminurie du diabétique, si bien étudiée dans un récent travail par notre ami le docteur Sallès¹, et qui relève souvent de la dégénérescence brightique du rein. Or, ce point de l'histoire des albuminuries est éminemment délicat et mérite quelques développements spéciaux; car on comprend aisément tout ce que cette question peut avoir de complexe, étant donné que le lait, si nécessaire dans le traitement des néphrites, est souvent dans le diabète un aliment contre-indiqué. Mais ici, il y a lieu d'établir quelques distinctions fondamentales: l'albuminurie dans le diabète peut, en effet, revêtir des allures un peu différentes, suivant qu'elle se présente simplement à l'état d'*albuminurie concomitante ou alternante*, à côté d'une glycosurie modérée ou intermittente, comme cela s'observe dans certaines formes de diabète moyen d'origine arthritique, ou qu'elle trahit l'existence d'une *altération rénale* grave (dégénérescence épithéliale simple, comme dans les faits d'Armani et de Straus, ou néphrite interstitielle vulgaire, comme cela se voit, parfois, à la fin de l'évolution du diabète d'origine goutteuse). Dans le premier cas, l'expérience nous a prouvé qu'il n'y avait pas lieu de modifier profondément la diététique vulgaire recommandée dans le diabète: il importe d'éviter surtout les aliments capables d'exalter l'hyperfonctionnement du foie, dont l'excitation n'est pas étrangère au passage d'une certaine quantité d'albumine dans l'urine (alcool, féculents, sucres, graisses, etc.); mais le lait ne saurait figurer d'une façon nécessaire dans le régime prescrit; car, en augmentant la glycosurie, il exciterait la disposition des épithéliums des tubuli

1. SALLÈS. — De l'albuminurie du diabétique, *Th. de Lyon*, 1893.

à la dégénérescence; il y a lieu, aussi, de ne pas surcharger l'estomac du malade de viandes trop copieuses, les déchets qui en dérivent pouvant exercer leur action destructive sur les cellules des épithéliums sécréteurs. On s'en tiendra surtout aux *œufs*, aux *viandes blanches*, aux *légumes herbacés*, hachés et bien cuits, aux *choux*; les *viandes grasses* (*porc frais*, gras de *jambon*, *lard*) seront utilisées plus largement, le *vin rouge* sera interdit avec moins de rigueur.

Tout autre sera la conduite à tenir en face d'une albuminurie par altération rénale : ici, et malgré la glycosurie, l'usage du lait devra être introduit dans le régime du diabétique. Modérément d'abord, si l'on admet simplement une dégénérescence des épithéliums; plus largement, si l'on se trouve en présence du syndrome classique de la néphrite interstitielle. Or, dans ce dernier cas, la glycosurie doit passer au second plan; car, ce qui peut arriver de pire, c'est qu'elle disparaisse, ainsi que cela se voit généralement quand la néphrite artérielle se trouve définitivement constituée. D'ailleurs, à ce moment, le diabétique est devenu un brightique vulgaire, et, ce qui le menace avant tout, ce sont les accidents de l'insuffisance rénale, à laquelle il succombe d'ailleurs le plus souvent; conséquemment, il devra être traité comme un brightique, et le régime lacté devra être appliqué chez lui, s'il y a lieu, sans réserve.

VIII

Du régime alimentaire dans les néphrites infectieuses et les albuminuries résiduales.

Néphrites infectieuses. — Ici, plus de divergences à noter dans la pratique et les recommandations des cliniciens. La seule méthode à suivre, et cela sans restriction, c'est la *diète lactée*, qu'il s'agisse d'une néphrite scarlatineuse ou typhique, d'une néphrite puerpérale ou érysipélateuse, d'une congestion rénale d'origine grippale ou du rhumatisme articulaire aigu, les prescriptions diététiques ne varient pas : c'est le lait et rien

que le lait. Le lait sera administré, comme ci-devant, dans les cas d'urémie menaçante, à la dose de 3 à 4 litres en vingt-quatre heures, régulièrement distribués entre le jour et les heures de nuit, lait non bouilli, de préférence, et administré au malade le moins de temps possible après la traite. Mais, c'est dans ces cas spéciaux que le *lait d'ânesse* rend parfois de signalés services. Dès le début de ces poussées aiguës de néphrite, l'intensité des phénomènes gastriques et les vomissements répétés qui les accompagnent rendent fréquemment la tolérance du lait très difficile. Le lait d'ânesse, en pareille occurrence, est généralement beaucoup mieux supporté, et nous avons bien des fois, pour notre compte personnel, trouvé dans la substitution du lait d'ânesse au lait de vache le remède de choix à l'intolérance gastrique.

La seule question un peu délicate qui se présente alors est de savoir à quel moment le régime lacté doit être abandonné, et dans quelles conditions il est permis de revenir au régime mixte, sans risquer de compromettre la guérison du malade.

Quand l'albuminurie a complètement disparu, qu'il n'existe aucun signe d'intoxication, que le bouillon gras ou un morceau de poisson, donnés à titre d'essai, ne l'ont pas fait réapparaître, on est autorisé à revenir, d'une façon progressive et mesurée, à une alimentation mixte composée d'abord de quelques œufs, d'un peu de jambon ou de poulet bouilli, ou de quelques purées féculentes (pommes de terre ou lentilles) accommodées au lait. Mais, si les aliments donnés à titre de pierre de touche ont seulement ramené des traces d'albumine, il faut redoubler de prudence et ne revenir que très lentement à l'alimentation solide. Bien des malades qui ont quitté notre service, se croyant guéris parce qu'ils avaient recouvré leurs forces et qu'ils n'avaient plus d'albumine depuis quelques semaines, sauf dans les heures de digestion qui suivaient l'absorption d'une tasse de bouillon ou d'une portion de poisson, y sont revenus quelques mois après en pleine urémie, pour avoir cru trop tôt au retour complet à la santé et avoir mé-

connu les règles de diététique générale que nous avons pensé devoir leur fixer.

Albuminuries résiduales. — La conduite à tenir en présence des albuminuries résiduales, celles qui survivent indéfiniment avec un *taux d'albuminurie fixe* (*albuminurie minima* de Lecorché et Talamon) et qui comprennent la majorité des cas dits *d'albuminurie parcellaire* (Cuffer), terme impropre à notre avis et qu'il vaudrait mieux réserver aux albuminuries symptomatiques d'une lésion nettement localisée (à la suite d'un infarctus, par exemple), est infiniment délicate et ne comporte pas de règle fixe.

Certains sujets ont, en effet, une dose *quasi invariable* d'albumine, que n'influence ni le régime, ni l'exercice, ni le travail un peu forcé. Seuls, les états aigus intercurrents provoquent des oscillations nettes et augmentent l'albumine; mais souvent, sans même qu'ils aient été mis à la diète lactée, la convalescence achevée, on voit le tout rentrer dans l'ordre et l'albumine retomber à ses proportions minima qui constituent l'état normal. A ceux-là assurément on ne saurait imposer une diététique rigoureuse; ils doivent seulement tenir le médecin au courant de leur situation pour que, le cas échéant, et s'il survenait une poussée nouvelle, le praticien averti puisse parer à des complications toujours susceptibles de se produire.

Mais, parmi ces malades, il en est d'autres qui, malgré toutes les précautions, ne peuvent subir le plus léger refroidissement, faire le moindre écart de régime, sans avoir immédiatement une forte proportion d'albumine dans l'urine. J'ai maintenant sous les yeux un jeune homme de vingt ans, dont l'albuminurie *résiduale* remonte à une scarlatine contractée à l'âge de trois ans. Chez lui, il est exceptionnel que l'urine se présente avec des caractères absolument normaux et toujours, dans le milieu de la journée tout au moins, on constate dans la sécrétion urinaire la présence de 0^{gr},20 à 0^{gr},30 d'albumine. Il ne peut prendre, même dix-sept années après sa néphrite initiale, une tasse de bouillon ou un morceau de

bœuf, sans voir l'albuminurie, lorsqu'elle manquait le matin, devenir permanente, ou, lorsqu'elle était permanente, augmenter notablement. De pareils sujets sont des malades et doivent être traités comme tels; ils doivent être surveillés avec une extrême sollicitude; si le régime lacté ne saurait leur être imposé, puisqu'ils n'ont pas de signes d'intoxication et qu'ils conservent les attributs de la santé apparente, on doit, au moins, les engager à suivre le régime lacté mixte, à supprimer régulièrement de leur alimentation le vin, les viandes noires ou faisandées, le poisson de mer, les mets excitants et trop azotés (champignons, truffes, fromages forts, etc.), à ne boire aux repas que du lait, du thé léger ou un peu de bière brune fortement étendue d'eau; et à se tenir prêts à se mettre, pendant quelques jours, au régime maigre, au laitage ou mieux complètement au lait, s'il survenait une poussée nouvelle du côté du rein. Leurs reins, en effet, sont en état de tension constante, et la moindre secousse suffirait pour déterminer des lésions plus profondes, rapidement suivies d'accidents d'intoxication susceptibles de devenir graves.

ALBUMINURIES FONCTIONNELLES

IX

Albuminuries irrégulières, intermittentes ou acycliques.

1^o Nous savons aujourd'hui qu'à côté de ces albuminuries qui trahissent l'existence d'une lésion rénale, il existe toute une série de faits d'un pronostic moins sévère, parce qu'ils ne relèvent pas d'une altération organique précise de l'appareil urinaire, mais d'un simple *trouble fonctionnel* et passager de l'appareil de filtration, ou bien encore d'une perturbation primordiale des grandes fonctions organiques. Sans parler de ces albuminuries dites *physiologiques*, bien connues depuis les recherches de Senator, les observations de Leube et de Gelle, de Chateaubourg, auxquelles, dans ces derniers temps, notre