

bains de vapeur, qui fatiguaient la malade. Je lui fis faire des applications quotidiennes de teinture d'iode sur la paroi abdominale; pour stimuler la nutrition et l'hématose, je donnai des préparations ferrugineuses; l'ascite commença à diminuer, puis disparut avec l'albuminurie; les lésions rétinienne se dissipèrent à leur tour; et quand l'harmonie semblait rétablie dans cet organisme si longtemps troublé, les règles reparurent. Ce retour de la fonction utéro-ovarienne mit le sceau à la guérison. La malade avait repris de l'appétit et des forces, et elle sortit de l'hôpital, trois ou quatre mois après y être entrée, complètement guérie.

Nul doute que, comme je l'avais soupçonné, la lésion rénale ne fût une simple congestion. Les dégénérescences et les hyperplasies qui suivent la période congestive ne rétrogradent pas, et dans ma conviction nous avons eu là un curieux exemple de déviation menstruelle survenue aux approches de la ménopause.

### DE L'ALBUMINURIE LATENTE (1)

*Sommaire.* — Phénomènes légers qui peuvent être pendant longtemps les seuls indices de cette forme d'albuminurie.

Celle-ci est souvent liée à la diathèse goutteuse et dépend de l'atrophie du rein.

Accidents soudains de toxurie : dyspnée, délire, coma.

Observations.

MESSEURS,

Dans beaucoup de cas, l'albuminurie se développe d'une manière latente, elle n'est accompagnée ni de l'anasarque ni des troubles oculaires qui la dénoncent au médecin; trop souvent alors elle échappe à l'observation, ou l'on n'en reconnaît l'existence que quand des phénomènes ultimes ou irrémédiables se refusent à toute autre interprétation et font soupçonner cette dyscrasie.

A un degré peu prononcé, l'albuminurie peut exister pendant bien des années sans apporter à la santé de troubles graves: un peu de faiblesse musculaire, de dyspepsie, d'amaigrissement, d'altération des facultés génitales, de dépression morale, des vertiges, des défaillances, de la céphalée, et parfois une légère bouffissure de la région circum-malléolaire après les fatigues de la journée, en sont les principales manifestations extérieures; elles sont suffisantes cependant pour éveiller l'attention du médecin, et le déterminer à faire des investigations qui ont une grande importance pour son malade, et qui n'en ont pas une moindre pour sauvegarder sa réputation et couvrir sa responsabilité. Aux symptômes que nous venons d'énumérer s'ajoute souvent une tendance anémique; les urines sont plutôt rares qu'abondantes; plus habituellement pâles que très-colorées; quelquefois, cependant, elles ont une teinte rougeâtre ressemblant à de la lavure de chair; elles ren-

(1) Leçon publiée dans l'*Union médicale*, 10 janvier 1874.

ferment alors des globules sanguins et quelques éléments figurés; plus souvent elles sont blanchâtres, couleur de petit-lait; dans quelques cas opalines et mousseuses.

J'ai connu deux médecins qui, au déclin de l'âge mûr, ont eu pendant douze ou quinze ans de l'albumine en petite quantité dans leurs urines, et ont pu cependant fournir une carrière très-active et prolonger leur existence jusqu'aux limites habituelles de la vie humaine.

Parmi les signes prémonitoires de l'albuminurie, je signalerai les douleurs dans les régions rénales qui peuvent être bornées à un seul côté.

L'albuminurie latente est, comme le diabète, dans un grand nombre de cas, une dyscrasie arthritique, elle est souvent précédée de gravelle urique, et, dans un certain nombre de cas elle se rapporte à cette lésion désignée sous le nom d'atrophie du rein, rein goutteux des auteurs anglais, dans laquelle les éléments sécréteurs du rein sont atrophiés et détruits en partie, et les tubuli sont infiltrés d'urate de soude.

Quant aux accidents ultimes de ces albuminuries, ils peuvent se présenter sous ces différentes formes symptomatologiques qu'on a décrites sous le nom d'urémie, nom auquel on pourrait substituer celui de toxurie.

Ces symptômes, en effet, doivent être attribués à l'empoisonnement du sang par des éléments excrémentitiels destinés à l'élimination, qui ne trouvent plus dans le rein altéré la voie par laquelle ils sont ordinairement rejetés au dehors. C'est un empoisonnement par les excréments dont l'urine est le véhicule, et non pas une affection causée par la rétention de l'urée, comme quelques médecins l'avaient pensé.

Ces accidents ultimes sont des phénomènes de dyspnée, du coma, du délire, et plus rarement des convulsions; ils surviennent parfois soudainement au milieu de la santé habituelle, sans qu'aucun trouble sérieux puisse faire pressentir au malade le danger qui le menace; plus souvent ils éclatent au déclin d'une affection accidentelle qu'ils terminent d'une manière foudroyante et inattendue. Depuis quelques années, j'ai eu l'occasion d'observer quatre faits de ce genre, et comme en France ils ne paraissent pas très-communs, je crois utile d'en donner une analyse succincte.

Obs. I. — M. B..., âgé de soixante-douze ans environ, était de race arthritique, mais bien constitué; jusqu'à l'âge de cinquante ans environ il avait joui d'une bonne santé; à cette époque, il devint sujet à la gravelle et à des

catarrhes bronchiques, qui se développaient en général au printemps, accompagnés quelquefois de fièvre rémittente. Pendant plusieurs années, il était atteint vers la même saison de légers mouvements fébriles qui revenaient la nuit et étaient suivis de sueurs; sans avoir de coliques néphrétiques bien caractérisées, il se plaignait souvent des reins, et ses urines renfermaient très-souvent de l'acide urique cristallisé.

Dans les quinze dernières années de sa vie, sa vue avait été en s'affaiblissant graduellement, au point qu'il ne voyait plus assez pour se conduire; l'examen ophthalmoscopique avait fait constater une choroïdite chronique avec atrophie de la papille.

Vers la fin de l'hiver 1872, il se sentit indisposé, eut un frisson suivi de toux et d'une légère douleur dans le côté droit. Appelé auprès de lui, je ne constatai localement qu'un de ces catarrhes auxquels il était sujet, avec un peu de congestion vers les bases, mais en même temps un abattement, une anxiété, une altération de la physionomie qui ne me laissaient pas sans inquiétude; je lui fis appliquer un vésicatoire et lui fis prendre du sulfate de quinine. Après deux ou trois jours de traitement, il se sentait mieux, quand tout à coup, au milieu de la nuit, il fut pris d'une dyspnée intense et d'un tel état d'angoisse, qu'il m'envoya chercher.

Je me rendis avec mon cousin, le docteur Henry Gueneau de Mussy, auprès de ce vénérable vieillard qui avait été le maître de notre jeunesse et l'ami de toute notre existence; nous le trouvâmes dans un état d'orthopnée considérable; l'auscultation ne nous permettait pas de constater autre chose que de la bronchite avec un peu de congestion pulmonaire aux bases; évidemment les lésions appréciables ne répondaient pas à la gravité des troubles fonctionnels. Les urines étaient rouges, troubles, laissaient un dépôt semblable à de la lavure de chair, comme si elles renfermaient de la matière colorante du sang; l'addition de l'acide nitrique y démontra la présence de l'albumine en quantité notable. En rapprochant ce fait des antécédents arthritiques du malade, de cette gravelle urique, de ces douleurs de reins qui l'avaient longtemps tourmenté, nous pensâmes qu'il y avait chez lui une atrophie goutteuse du rein; dès lors, nous ne nous dissimulâmes pas la gravité du pronostic, et malgré une révulsion énergique, malgré un appel fait à tous les émonctoires, malgré l'emploi de médicaments qui pouvaient modérer le spasme respiratoire, comme le bromure, la teinture de lobelia, la dyspnée ne fut pas apaisée, elle augmentait par accès qui revenaient surtout la nuit. Dès le lendemain, le malade avait la conscience de quelque difficulté à coordonner ses idées et à les revêtir de mots propres; il eut bientôt de la divagation et du délire par intervalles, et, deux jours après, il succombait dans le coma.

Obs. II. — Au mois de juin 1873, je fus appelé auprès de M. V..., âgé de

soixante-dix ans, homme aussi distingué par son esprit et par son caractère que par la position élevée qu'il occupait dans le pays, et qui avait conservé, en apparence, toute l'énergie et la verve de la jeunesse; il était de race arthritique et avait eu des coliques néphrétiques; plusieurs fois aussi il avait eu des fièvres catharrales qui avaient duré longtemps; elles avaient pris vers leur déclin une forme rémittente qui avait décidé l'emploi de la quinine.

M. V..., depuis quinze jours, avait une bronchite accompagnée d'une expectoration abondante et de fièvre, il avait été soigné par un empirique qui, comme médication principale, lui avait imposé un régime très-substantiel et des boissons excitantes.

Je lui trouvai la peau chaude, la face écarlate, il expectorait avec facilité et abondance des crachats opaques mucoso-purulents; le pouls était régulier, battait environ 88 à 92 fois par minute; on entendait dans toute la poitrine, qui avait sa sonorité normale, de gros râles muqueux.

La langue était saburrale avec tendance à la sécheresse, les urines étaient peu abondantes, le malade était constipé. Je le soumis à un régime tempérant, tout en lui permettant des aliments en quantité suffisante, pour suffire aux besoins de la réparation, et prenant en considération que dans l'état de santé ce malade était doué d'un appétit énergique. Je lui donnai quelques purgatifs; au bout de quelques jours, il allait sensiblement mieux; la fièvre, la toux, l'expectoration, avaient beaucoup diminué; on n'entendait plus qu'un peu de râle muqueux à la base du poumon droit, le malade avait des sueurs abondantes qu'on pouvait croire critiques; il avait conscience de cette amélioration, tout en accusant de la fatigue quand il était obligé de soutenir une longue conversation et de l'agitation pendant la nuit.

Je le soignais depuis huit à dix jours, et je le croyais parvenu aux portes de la convalescence, quand un soir, arrivant près de lui, je le trouvai endormi: sa respiration était irrégulière et précipitée; le domestique qui le soignait m'affirma que c'était la première fois qu'elle offrait ce caractère, dont il avait été frappé comme moi. Le malade se réveilla, la respiration se ralentit, l'auscultation, pratiquée avec un grand soin, ne me fit constater aucune aggravation dans l'état local; le pouls était un peu plus fréquent.

Le lendemain, on me raconta que le malade avait eu pendant la nuit quelques divagations; inquiet de ces manifestations qui ne me paraissaient pas en rapport avec l'affection qui, jusque-là, avait occupé toute la scène morbide, je fis analyser les urines, et l'on constata qu'elles renfermaient une proportion notable d'albumine. J'avertis alors la famille que, derrière une maladie bénigne en apparence, s'en cachait une autre beaucoup plus sérieuse qui, pour la première fois, donnait sa note, qui ne s'était accusée

jusque-là que par des phénomènes peu accentués, mais qui pouvait acquérir une gravité foudroyante. La langue était rouge et sèche, cependant il mangeait encore avec plaisir; mais les phénomènes ne tardèrent pas à devenir plus menaçants; pendant la nuit il y eut du délire. Dès le lendemain, la respiration devenait anxieuse, le ventre se météorisait, le malade accusait un malaise considérable; la respiration était irrégulière, entrecoupée d'expirations soufflées; bientôt la tête s'engagea de plus en plus, par moment il reprenait la possession du moi pendant de courts intervalles, et bientôt il retombait dans le délire; il se plaignait de céphalalgie. Il succomba dans le coma.

Comme chez mon premier malade, l'albuminurie précédée de gravelle pouvait être imputée à une altération du rein d'origine arthritique; comme chez le premier, il n'y avait jamais eu d'anasarque, et, à part la cécité pour le premier, la santé s'était conservée chez tous deux active et robuste en apparence. Tous deux étaient sujets à des bronchites qui étaient probablement aussi de racine arthritique, et ils avaient subi le poids de grandes fatigues, de grandes émotions et de lourdes responsabilités pendant les dernières années de leur existence. Chez le dernier, l'urémie se démasqua plus tardivement, au milieu des symptômes réguliers d'une fièvre catarrhale, tandis que, chez le premier, la malignité de la maladie s'accusa d'emblée par des phénomènes anomaux.

Quelques semaines après avoir été témoin de ce terrible dénouement, j'étais appelé en consultation auprès d'un ami et d'un contemporain de M. V..., atteint depuis quinze jours d'une bronchite qui, sans offrir de signes extérieurs de gravité, inquiétait la famille par sa résistance et surtout par les troubles généraux dont elle était accompagnée. J'appris que ce malade, âgé de soixante-neuf ans, qui occupait des postes importants et menait une vie intellectuelle très-active, depuis plusieurs mois paraissait fatigué; son esprit avait perdu sa vivacité et sa gaieté habituelles; son teint était pâle, jaunâtre; son appétit était languissant, on le trouvait changé; c'était au milieu de ces troubles de la nutrition que la bronchite avait éclaté; le médecin distingué qui lui donnait des soins avait constaté un peu de fréquence du pouls et des râles sous-crépitaux plus concentrés et plus nombreux à une des deux bases, ce qui l'avait décidé à y appliquer un vésicatoire volant.

Quand je vis le malade, le pouls pouvait battre 84 fois par minute, la peau n'était pas chaude, la langue était sale, épaisse, le malade se plaignait de faiblesse générale, de dégoût pour les aliments et d'inaptitude pour le

travail intellectuel; pendant la nuit, disait-il, il avait des accès de dyspnée et était obligé de se lever et de dormir dans son fauteuil; le cœur n'était pas notablement augmenté de volume; un bruit rude, systolique à la pointe, accusait un léger degré d'insuffisance mitrale; les battements étaient réguliers. Le foie était augmenté de volume et dépassait les côtes d'un à deux travers de doigt. Aux deux bases, dans une zone étroite, on entendait du râle sous-crépitant; je conseillai un purgatif, des sinapismes, et, frappé d'un souvenir trop récent, je demandai qu'on fit l'analyse des urines; trois jours après, je me retrouvais en consultation auprès de ce malade; l'analyse des urines nous démontra la présence d'une quantité considérable d'albumine; les urines étaient peu abondantes, blanchâtres et mousseuses; nous avertîmes immédiatement la famille de la gravité des complications qui pouvaient survenir, et, pour modifier l'état gastrique qui était resté le même, autant que pour éliminer les principes toxiques que le rein altéré pouvait ne plus laisser passer, nous conseillâmes trois jours de suite un verre d'eau de Pullna le matin, à jeun, et l'usage du lait additionné d'une petite quantité d'eau de Vichy. C'était le 28 juin; le 30 au soir je suis rappelé: la veille, le temps étant beau, le malade avait été en voiture au bois de Boulogne et s'était promené à pied.

Mais l'anorexie subsistait profonde, et les accès de dyspnée nocturne avaient été beaucoup plus violents et plus pénibles. Je trouvai le malade haletant, la face bouffie, les lèvres violettes, une matité étendue existait dans la région précordiale, avec un double bruit de frottement superficiel, bruit de cuir neuf très-fort, qui s'entendait dans toute la région mammaire. Aux deux bases on percevait un râle sous-crépitant plus fin et plus étendu que l'avant-veille, mais obscur et éloigné, accompagné de matité et d'une œgophonie tellement caractérisée qu'on ne pouvait mettre en doute l'existence d'un double épanchement. La respiration était fréquente, suspicieuse et entrecoupée d'expiration soufflée. Le pouls était fréquent, mais régulier; la chaleur était médiocre; un léger degré d'infiltration existait aux régions circummalléolaires; le foie paraissait plus volumineux que l'avant-veille. Nous conseillâmes un large vésicatoire sur la région précordiale; la diète lactée et le soir une *blue pill* de 15 centigrammes. Nous dûmes alors dire à la famille du malade que les complications, dont nous avions parlé comme d'un danger possible, étaient survenues menaçantes, multiples, probablement d'un dénouement prochain; on nous demanda de nous adjoindre un troisième médecin, et je réclamai le concours du docteur Henry Gueneau de Mussy, qui avait eu en Angleterre de fréquentes occasions d'observer ces complications urémiques: soit que cette affection ait plus éveillé l'attention des médecins anglais que la nôtre, soit que la goutte étant beaucoup plus commune en Angleterre qu'en France, cette dyscrasie, qui est une des formes de la cachexie goutteuse, y soit, en effet, plus com-

mune. Le lendemain matin nous nous réunîmes auprès du malade; il avait eu pendant la nuit des accès de dyspnée très-pénibles, cependant il avait pu dormir dans son lit; la matité précordiale avait diminué, et le bruit de cuir neuf, quoique très-net, était beaucoup moins fort que la veille. Les deux épanchements pleurétiques avaient disparu, en revanche la sous-crépitation bronchique était plus distincte et plus étendue; malgré cette amélioration incontestable, la persistance de la dyspnée me confirma dans mes craintes. Nous conseillâmes au malade un drastique, racine de jalap 0,75, de larges applications sur le tronc de cataplasmes sinapisés, et la continuation de la diète lactée, en ajoutant dans chaque tasse de lait une cuillerée à soupe de rhum jusqu'à concurrence de cinq à six cuillerées.

Le lendemain, nous revîmes tous trois le malade: la nuit avait été des plus angoisseuses, le malade expectorait des crachats rouillés; des râles sous-crépitants s'entendaient dans toute la poitrine; l'infiltration des membres inférieurs avait augmenté; sans qu'il y eût de délire, l'intelligence semblait engourdie; le malade succomba le lendemain matin dans un accès de dyspnée.

Dans le fait suivant, que nous avons observé ces jours derniers à l'Hôtel-Dieu, la toxurie s'est manifestée par des accidents convulsifs et comateux. A peine avons-nous constaté une très-légère infiltration des membres inférieurs, qui ne modifiait en rien la forme et le volume de ces membres et qui, bornée à une très-petite étendue, ne méritait assurément pas le nom d'anasarque. D'après l'état athéromateux très-accentué des artères sans aucune proportion avec les lésions cardiaques, nous supposâmes que cet homme s'était adonné aux boissons alcooliques; l'urine renfermait une petite quantité d'albumine, mais les altérations profondes des reins, leur atrophie, l'épaississement, l'oblitération des artères rénales et par conséquent les troubles considérables apportés à la circulation et à la nutrition de ces organes témoignaient de leur inaptitude à remplir leurs fonctions éliminatrices. Il y avait là toutes les conditions d'une toxurie que la forme et la marche des symptômes m'avaient fait pressentir et dont l'analyse des urines avait confirmé le diagnostic.

La légère congestion de la protubérance observée après la mort me paraît une lésion consécutive ou connexe aux accidents convulsifs plutôt qu'elle n'en a pu être la cause.

Obs. IV. — Il y a quelques jours, entré dans mon service à l'Hôtel-Dieu

un homme de soixante-six ans. Il répondait difficilement et vaguement aux questions qu'on lui adressait. Cependant il apprit à la religieuse que la veille, et pour la première fois de sa vie, il avait eu des attaques convulsives.

Quand M. Baréty, interne du service, arriva auprès de ce malade, il fut témoin d'une attaque de convulsions commençant par un roidissement général de tous les membres (spasmes toniques) suivi de mouvements cloniques des membres, des yeux, de la mâchoire et de la langue, sans morsure de ce dernier organe, et sans écume à la bouche, après quoi cet homme tomba dans un état comateux.

M. Baréty lui prescrivit des sinapismes, un lavement purgatif et une potion éthérée.

Le lendemain matin, en visitant ce malade, j'apprends que dans la nuit il a eu sept à huit attaques semblables à celle de la veille. Il est dans un état d'asphyxie et de coma. Ma pensée se dirigea immédiatement vers la possibilité d'un empoisonnement urinémiq. Sa face n'offrait pas trace de bouffissure; à peine la région pré-tibiale conservait-elle une légère empreinte de la pression des doigts. On constatait un prolongement soufflant à la pointe du cœur pendant la systole, les artères étaient athéromateuses.

Pour éclairer le diagnostic, je sondai le malade, et l'examen des urines m'y fit constater la présence de l'albumine en petite quantité.

Cette circonstance me confirma dans le diagnostic d'accidents toxuriques, d'autant plus que la veille on n'avait observé dans l'intervalle des attaques ni hémiplegie, ni aucun autre symptôme pouvant indiquer une lésion cérébrale primitive.

Le malade succomba une heure après la visite.

L'autopsie, faite par M. Baréty, ne lui révéla aucune lésion appréciable dans l'encéphale; il y avait seulement une légère congestion de la protubérance.

Le cœur et le péricarde étaient enveloppés d'une épaisse couche de graisse; on trouva les traces d'une ancienne péricardite: adhérences partielles, plaques laiteuses.

Le cœur était volumineux, hypertrophié. Les parois du ventricule gauche étaient épaissies, d'une couleur jaune, friables, sa cavité était dilatée, la valvule mitrale était légèrement rétractée.

L'aorte et l'artère pulmonaire étaient dilatées; de nombreuses altérations athéromateuses furent observées sur la face interne de l'aorte.

Les deux poumons étaient fortement congestionnés, et la base du poumon gauche était le siège d'une hépatisation rouge. Une exsudation fibrineuse, mince, grenue, évidemment toute récente, revêtait la face postérieure des deux poumons.

Les conduits aérifères présentaient une couleur rouge, livide, et étaient remplis d'un liquide spumeux.

Les reins étaient comme noyés dans une couche énorme de graisse; ils étaient atrophiés: l'un d'eux surtout, qui ne mesurait que 6 centimètres de longueur, tandis que l'autre en avait 7. Leur surface était bosselée, inégale, grenue, d'une couleur violet foncé, piquetée de rouge, çà et là soulevée par quelques petits kystes du volume d'un grain de chènevis.

L'artère qui se rendait au plus petit des deux reins était en grande partie oblitérée par une dégénérescence athéromateuse. La graisse pénétrait à une grande profondeur, au milieu des éléments glandulaires qui étaient atrophiés; la substance corticale présentait un aspect lardacé, et les pyramides offraient des contours indécis. Quoique atrophiées également dans l'autre rein, les substances médullaires et corticales avaient conservé leur apparence à peu près normale.

Les petites divisions artérielles étaient béantes et d'une couleur blanche opaque; les bassinets étaient dilatés.

Dyspnée, délire, coma, quelquefois convulsions, telles sont, en effet, les terminaisons les plus communes de cette redoutable maladie, contre laquelle nos ressources thérapeutiques sont si peu efficaces. Le docteur Henry Gueneau de Mussy m'a dit cependant avoir vu en Angleterre quelques malades échapper à ces crises urémiques; le traitement employé avait été le même que celui auquel nous avons eu recours: purgatifs énergiques, révulsifs, diète lactée: il m'a dit avoir obtenu de bons effets de bains d'air chaud, dans des cas où des complications de phlegmasies cardio-pulmonaires semblaient menacer d'une mort prochaine; bien entendu que le succès n'était que passager, et qu'après avoir échappé à une ou plusieurs crises de toxurie, le malade finissait par succomber aux conséquences d'une lésion irrémédiable. Il y a une trentaine d'années, j'ai essayé les bains de vapeur ou les fumigations sèches de baies de genièvre dans l'anasarque albuminurique, mais j'ai vu à la suite d'un de ces bains un malade succomber en quelques heures à une congestion œdémateuse du poumon; j'ai pensé que le bain de vapeur avait pu contribuer à cette terminaison, et, depuis lors, quand j'ai employé ces bains chez des albuminuriques, j'en ai limité l'application, en général, à la moitié inférieure du corps; on a ainsi l'avantage, tout en faisant appel à la sécrétion cutanée, de provoquer sur les parties inférieures une action révulsive qui peut agir dans un sens favorable à la résolution de la congestion pulmonaire, et, d'une autre part, on ne ris-

que pas d'augmenter celle-ci. Je dois faire remarquer que, dans le cas où j'ai pu attribuer à ce bain une influence fâcheuse, je l'avais employé chez un malade atteint d'anasarque albuminurique, tandis que chez les malades qui nous occupent ici, il y avait albuminurie sans anasarque, et cette différence très-importante peut modifier les indications et les effets du traitement.

### DE LA POLYURIE ET DE SON TRAITEMENT (1).

*Sommaire.* — Observations de polydipsie-polyurie.

La polydipsie précède-t-elle la polyurie, ou inversement? La clinique montre que l'ordre d'apparition des deux phénomènes est variable.

Causes diverses : Troubles de l'instinct de la soif, traumatismes, émotions morales, hérédité.

Caractères de l'urine. — Autres symptômes : soif, sécheresse de la peau, troubles dyspeptiques, affaiblissement des facultés génitales, anémie.

La polyurie est une névrose.

Indications thérapeutiques. — Divers agents médicamenteux; bons effets de la belladone. Bains sulfureux. Hydrothérapie.

MESSIEURS,

Pendant l'hiver de 1864, je reçus dans mes salles une jeune fille de vingt ans, grasse, ayant au premier abord les apparences de la force; mais la bouffissure et l'empâtement de ses traits, la teinte violâtre de ses joues, la mollesse et la flaccidité de ses chairs portaient l'étiquette du lymphatisme, pendant que la coloration jaunâtre de la peau, autour du nez et de la bouche, accusait un certain degré d'anémie.

Cette jeune fille était tourmentée depuis son enfance par une soif insatiable, ardente; en même temps, elle urinait beaucoup. Elle estimait à 12 litres la quantité d'urine qu'elle rendait chaque jour, évaluation qui n'avait rien d'in vraisemblable; car, après plusieurs jours d'un traitement qui avait déjà modifié notablement la diurèse, elle rendait encore 6 à 7 litres d'urine dans les vingt-quatre heures.

Pendant toute son enfance elle avait eu de l'incontinence d'urine nocturne. Régliée à douze ans, elle l'avait été régulièrement depuis cette époque. Le flux cataménial était peu abondant et remplacé, après une

(1) *Gazette des hôpitaux*, 22, 24 août 1871, n<sup>os</sup> 99 et 100.