duire une poussée aiguë congestive, dont l'apparition doit faire cesser immédiatement tout traitement minéral.

Indications particulières. — A. Le traitement médicamenteux des néphrites atrophiques *compensées* tient bien peu de place dans l'histoire de sa thérapeutique. On pourrait même le résumer en une seule proposition, à savoir que l'on doit redouter l'emploi des médicaments au cours de ces néphrites. Le seul agent thérapeutique que l'on ait l'habitude d'employer pendant les périodes de compensation des néphrites chroniques, c'est l'iodure de potassium, ou mieux l'iodure de sodium. On pense entraver par l'emploi de ces médicaments l'envahissement progressif du tissu scléreux; mais, comme le dit très justement M. Talamon, « nous ignorons absolument si ces substances ont une influence sérieuse sur le travail de rétraction du rein, et personne n'oserait affirmer qu'elles aient jamais enrayé cette rétraction ». En somme, tant que la néphrite restera très bien compensée, mieux vaudra s'abstenir de médicaments, et surtout il ne faudra pas prescrire de substances toxiques, en raison de l'état de la perméabilité rénale : c'est dans des cas analogues qu'on a eu à déplorer des accidents mortels, à la suite de l'emploi de l'opium ou des préparations hydrargyriques. On se contentera de faire suivre au malade une hygiène rigoureuse qui, bien comprise, éloigne certainement de beaucoup l'échéance de l'urémie.

Cette abstention complète de traitement médicamenteux cesse d'être la règle dans le cas où la compensation des lésions rénales n'est pas parfaite. Aussi, doit-on surveiller avec soin les urines : l'augmentation de l'albumine pouvant devenir l'indication d'une des médications anti-albumineuses que nous avons indiquées dans notre premier chapitre. De même, lorsque la tension artérielle devient trop élevée et que des accidents angineux deviennent menaçants, ou bien, au contraire, quand le cœur se laisse dilater et quand la tension baisse, on doit avoir recours aux médications hypo- ou hyper-tensives que nous avons signalées. Mais l'attention devra être attirée surtout, au point de vue thérapeutique, sur les poussées aiguës dont la fréquence est très grande, au cours des néphrites atrophiques lentes.

B. Lorsque les *poussées congestives* surviennent, se traduisant par des douleurs lombaires, une diminution de la quantité des urines qui deviennent hautes en couleur, très chargées en albumine et souvent hématuriques, alors la thérapeutique doit devenir beaucoup plus active.

Le malade sera immobilisé au lit et mis au régime lacté absolu, et il devra absorber, par jour, 10 à 12 grammes de bicarbonate de soude. Dans la région lombaire, au niveau du triangle de Jean-

Louis Petit, on appliquera six ou huit sangsues, ou des ventouses scarifiées dont l'action sera favorisée, après leur ablation, par l'application d'un large cataplasme très chaud, sur la région des reins. On agira simultanément sur l'intestin par des purgatifs salins (sulfate de soude ou de magnésie), mais en s'abstenant de se servir des purgatifs drastiques. Au bout de trois à quatre jours, quelquefois plus vite, la quantité des urines augmente, et les globules rouges disparaissent. Mais on ne doit pas désarmer encore : le repos et le lait resteront prescrits pendant plusieurs jours après le retour à l'urination d'avant la crise, et quand on permettra au malade, graduellement, de se lever, de marcher et de prendre une alimentation mixte, on surveillera avec soin la quantité d'albumine excrétée et à la moindre augmentation on prescrira de nouveau le régime de la période congestive.

Il existe des cas, où, malgré le repos et le régime lacté, la poussée ne se calme pas et devient menaçante par l'exagération d'un de ses symptômes : l'*hématurie*. Déjà MM. Lecorché et Talamon avaient signalé ce fait sur lequel ils insistaient beaucoup, à savoir que les urines sont souvent sanguinolentes dans les poussées aiguës des néphrites atrophiques lentes et que, dans certains cas, l'hématurie peut devenir dangereuse en raison de son abondance ou de sa prolongation. Mais il est curieux de constater que ce sont les chirurgiens qui, à l'occasion de néphrectomies faites dans le but d'arrêter une hématurie rebelle et persistante, nous ont appris, dans ces dernières années, que les néphrites chroniques pouvaient donner lieu à des hématuries considérables et que, d'ailleurs, l'importance du pissement de sang n'est pas en rapport avec la gravité de la lésion, car des reins peu lésés ont pu donner lieu à des hématuries formidables. Ce point très important de l'histoire des néphrites atrophiques lentes ressort nettement de sept observations de néphrectomies faites dans ces dernières années au cours d'hématuries considérées comme essentielles, alors que l'examen histologique des reins montra qu'il s'agissait de néphrite interstitielle. Ainsi fut établie l'existence d'hématuries très graves au cours des néphrites chroniques et fut posée en même temps la question du traitement chirurgical.

Le point délicat dans le traitement de ces hématuries, c'est de savoir qu'elles sont causées par une lésion ancienne du rein, et en réalité, dans la plupart des cas où fut faite la néphrectomie, on n'avait pas soupçonné l'existence de la néphrite chronique.

Il faudra donc, dans tous les cas d'hématuries dont l'étiologie n'est pas très nette, faire une analyse complète de l'urine, rechercher l'existence de l'albuminurie après filtration, examiner le dépôt urinaire et voir s'il ne contient pas de cylindres, étudier la perméabilité

rénale en même temps que l'on fera le cathétérisme unilatéral de l'uretère, de façon à se rendre compte de la valeur fonctionnelle de chaque rein, ce qui sera absolument essentiel avant de prendre une décision thérapeutique. Quand on sera ainsi arrivé à établir que l'hématurie s'est produite chez un malade atteint de néphrite atrophique lente, le premier devoir du médecin sera de se comporter comme s'il s'agissait d'une simple poussée congestive. Le plus souvent, sous l'influence du repos et du régime lacté absolu — surtout si l'on ajoute au traitement l'emploi d'un hémostatique tel que le perchlorure de fer en potion, l'ergot de seigle et l'ergotine en potion ou en injection hypodermique, les différentes préparations d'*hydrastis canadensis* ou d'*hamamelis virginica* — le plus souvent, on obtiendra la guérison des hématuries. Mais si le pissement de sang persiste, peut-on être autorisé à intervenir chirurgicalement? Il faut bien dans ces cas avoir présents à l'esprit les cas malheureux, tels que ceux qui ont été publiés par M. Poirier et par M. Potherat : les malades néphrectomisés moururent peu après l'opération avec des symptômes urémiques, alors que jamais auparavant ils n'avaient eu de signes graves d'insuffisance rénale. Il faut, d'autre part, se rendre compte de ce fait évident, à savoir que la chloroformisation du malade ne peut qu'être nuisible aux lésions rénales qu'il présente, et que l'opération en elle-même n'est pas faite pour améliorer son état général. Malgré ces restrictions, nous croyons que, dans les cas où l'hématurie est rebelle à tout traitement médical, où la perméabilité rénale n'est pas trop diminuée et où la compensation des lésions rénales est suffisante, on doit intervenir chirurgicalement, mais ce n'est pas la néphrectomie que l'on doit faire, car on ne saurait jamais sans grand préjudice pour le malade restreindre ainsi le champ de la dépuration urinaire. Chez un malade atteint de néphrite chronique et menacé d'urémie à plus ou moins bref délai, la seule opération que l'on puisse pratiquer, c'est la néphrotomie. D'ailleurs, nous laissons à ce sujet la parole à MM. Malherbe et Legueu qui, lors du dernier Congrès d'urologie, ont bien précisé, dans un savant rapport, les indications de ces deux opérations : la néphrotomie, disent-ils, a été suivie d'heureux résultats dans des cas où cependant la néphrite était en jeu, et le résultat s'est maintenu assez longtemps pour mériter d'être qualifié de définitif. L'influence bienfaisante de la néphrotomie sur la cessation de l'hématurie ne s'explique que par la décongestion intense qui en résulte. Quant à la néphrectomie, c'est un sacrifice irréparable et, en outre, une opération qui peut tuer en quelques heures, surtout si l'autre rein est lui-même altéré. Dans deux cas (Potherat et Poirier) la mort rapide a été la conséquence des altérations du second rein, et chez le malade de M. Potherat, le rein

qui ne saignait pas était plus sclérosé que l'autre. Pour ces raisons, la néphrectomie, dans ces conditions, nous paraît excessive, et l'on ne saurait, sans d'impérieuses raisons, enlever un rein qui saigne, au cours d'une néphrite, alors que nous savons que la néphrotomie a plusieurs fois amené la guérison des accidents.

Traitement chirurgical. — Le traitement chirurgical des néphrites médicales a été encore proposé pour d'autres cas que nous croyons bon de résumer ici, puisque nous avons abordé la question de l'intervention du chirurgien au cours de quelques néphrites. On peut diviser en trois groupes de faits les opérations qui ont été tentées.

Dans un premier groupe nous rangeons les hématuries rebelles, dont nous venons de nous occuper.

Une seconde catégorie d'opérations chirurgicales, au cours des néphrites, ont été rapportées par Bloch, qui, dans une série de travaux, s'est efforcé de démontrer que, pour un grand nombre de cas où la nature de l'affection rénale est difficile à diagnostiquer, il est indiqué de faire des résections du tissu rénal pour arriver à un diagnostic exact. Il prétend prouver que ces petites résections sont absolument inoffensives « même sur le tissu rénal enflammé (néphrite parenchymateuse et interstitielle). De prime abord, ajoute-t-il, on croirait que le tissu enflammé ne supporterait pas l'incision, la palpation et l'excision, sans réagir fortement contre ces insultes traumatiques; mais, en réalité, on s'étonnera des effets peu nuisibles de ces opérations. » Il cite ainsi quatre cas dans lesquels une excision cunéiforme put être faite, sans inconvénient, dans des reins atteints de néphrite. Puis, après avoir prouvé que cette intervention est sans danger, Bloch insiste sur son utilité qu'il formule en ces termes que nous copions textuellement : « Il me semble, dit-il, que le fait que, sans courir de risque de dangers considérables, on peut se procurer du tissu rénal frais et vivant, est d'une certaine importance pour les histologistes, qui, ainsi, ont l'occasion d'étudier plus exactement l'anatomie du rein et surtout celle de l'épithélium. » Nous ne saurions trop protester, ici, contre ces interventions chirurgicales, dont le but serait de perfectionner la science histologique!

Il est vrai que Bloch, pour soutenir l'utilité des interventions dans le cours des néphrites, invoque un second argument, à savoir que la résection du tissu rénal peut avoir un effet curatif, et ce sont les faits de ce genre qui constituent la troisième catégorie d'interventions chirurgicales que nous voulions signaler. Bloch signale comme pouvant avoir un effet curatif les dissociations d'adhérences péri-rénales au cours des néphrites scléreuses; les incisions faites sur des parties kystiques, ou sur des parties rétrécies ressemblant

à du tissu cicatriciel; des ponctions rénales qui, même dans les cas où elles ne donnent pas issue à du liquide, produisent pourtant un effet utile, par suite de l'évacuation du sang. C'est R. Harrison surtout, qui, faisant en 1896, à la Société de médecine de Londres, une communication sur le « traitement de certaines formes d'albuminurie par la ponction rénale », rapporta plusieurs observations de néphrites aiguës ou subaiguës, pour lesquelles on avait pratiqué une néphrotomie unilatérale.

L'incision de la capsule et du parenchyme rénal serait suivie d'un écoulement d'urine et de sang et, après l'opération, la diurèse augmenterait notablement et l'albuminurie diminuerait peu à peu, pour disparaître enfin complètement. Pour Harrison, ces interventions sont indiquées dans les cas où la néphrite prend, dès le début, une allure grave, lorsqu'elle s'accompagne d'anurie ou d'ischurie et menace ainsi la vie du malade. Il conseille aussi d'intervenir au cours des albuminuries qui ne présentent pas de tendance à la guérison spontanée. Si le rein abordé par la voie lombaire est augmenté de volume et turgescent, on doit pratiquer sur la capsule trois ou quatre ponctions réparties en plusieurs points. Lorsque l'état de tension du parenchyme rénal est très considérable, on est même autorisé à faire une petite incision à travers la substance corticale, et à introduire dans la plaie une mèche de tarlatane ou un drain, afin d'assurer l'évacuation du sang et de l'urine. Harrison croit que les guérisons qu'il a obtenues sont dues à la diminution de la tension du parenchyme rénal, et compare ces faits à ce que l'on observe dans les opérations de glaucome ou d'orchites aiguës.

Dans une très intéressante communication au Congrès d'urologie de 1899, M. A. Pousson revient sur cette question de l'intervention chirurgicale dans certaines variétés de néphrites médicales. Il rapporte les observations de treize malades opérés pour des néphrites subaiguës ou aiguës, et présente un cas personnel dans lequel la néphrotomie fut suivie de guérison définitive. Il en conclut que la néphrotomie peut être légitimement indiquée dans certains cas de néphrites. « L'incision du parenchyme rénal, dit-il, a tout d'abord pour effet de provoquer un écoulement abondant de sang; or ne sait-on pas que la saignée, et particulièrement la saignée locale à l'aide de sangsues ou de ventouses scarifiées sur la région lombaire, est la première indication à remplir dans le traitement de la congestion des reins, phase initiale de toute néphrite? Cet écoulement de sang favorise, en outre, l'exode des microbes et des déchets épithéliaux, qui encombrent les canalicules du rein, au point de devenir parfois la cause d'une anurie dite tubulaire, et ne reste pas, sans doute, sans effet sur les toxines qui, on le sait bien aujourd'hui, tiennent la première place dans la pathogénie des néphrites infectieuses. On doit aider, pour cela, à l'action de la déplétion sanguine, en faisant des lavages soigneux des calices et du bassinet et de la tranche elle-même du tissu rénal, à l'aide de solutions antiseptiques non agressives pour les éléments anatomiques du rein. Le drainage prolongé, qui permet de continuer ces lavages, sera le complément obligé de la néphrotomie pratiquée dans ces conditions. »

Nous avons tenu à signaler les essais de la thérapeutique chirurgicale qui ont été tentés sur les néphrites non suppurées et à rapporter, dans ses grandes lignes, le plaidoyer fait par une voix aussi autorisée que celle de M. Pousson.

Nous pensons, en effet, qu'il était nécessaire de montrer ce que ces tentatives chirurgicales avaient d'excessif, parce que, étant donnée l'extension tous les jours croissante et justifiée du domaine chirurgical, le médecin, après les nombreux articles parus dans les journaux français pendant ces derniers mois sur le traitement sanglant des néphrites non suppurées, pourrait se croire autorisé à suivre l'exemple de Harrison, de Bloch, de Hœber, de Pousson, etc. Or il semble que, à l'heure actuelle tout au moins, ce traitement ne soit pas rationnel : les néphrites médicales sont bilatérales et l'on ne voit pas l'utilité d'une néphrotomie unilatérale; les néphrites aiguës guérissent, le plus souvent, par le seul traitement médical, or sur neuf interventions chirurgicales on constate deux morts; les lésions des néphrites chroniques sont histologiquement inguérissables et nous ne voyons pas comment les incisions pourraient les modifier! Aussi nous croyons-nous autorisé à rejeter, en dehors des cas spéciaux que nous avons étudiés plus haut, toutes les interventions chirurgicales au cours des néphrites non suppurées, car si elles ne sont pas dangereuses — ce qui n'est pas prouvé — elles sont certainement inutiles.

J. Castaigne.

SUPPURATIONS RÉNALES

Si l'infection rénale apparaît le plus souvent comme l'aboutissant presque fatal des maladies de la vessie, elle peut encore survenir dans d'autres conditions. On peut, au point de vue pathogénique, distinguer dans les infections rénales les deux variétés suivantes : 1° l'infection *d'origine ascendante*, consécutive aux cystites, et surtout aux