

tion de la saignée, acceptée dans le traitement de l'éclampsie, ne trouverait pas son emploi dans d'autres circonstances où l'infection est grave.

C'est par des considérations du même ordre que l'on pourra comprendre l'importance de la *diététique*. On doit alimenter les malades, en prenant soin toutefois de ne livrer aux organes que des aliments d'une assimilation parfaite, ce qui suppose l'intégrité absolue des fonctions digestives; autrement, il faut s'en tenir aux boissons diurétiques et au régime lacté. Toute infraction à cette règle permet aux produits mal élaborés par la digestion d'exercer sur le rein une action nuisible, qu'il faut à tout prix éviter pendant la première période des maladies infectieuses.

## II

### Traitement des néphrites aiguës.

Il faut entendre sous le nom de néphrites aiguës, non seulement celles dont la durée n'excède pas deux ou trois septénaires, mais aussi celles assez nombreuses dont l'évolution entière, terminée ou non par la guérison, se fait d'une seule tenue et dure plusieurs mois.

Ces néphrites surviennent au moment de la période d'état des maladies infectieuses, plus fréquemment au moment de la convalescence, et persistent à l'état d'affection locale alors que toute trace d'infection ou d'intoxication générale a disparu. Nous avons dit plus haut qu'il était parfois impossible d'établir dans quelles conditions ces néphrites s'installaient.

Dans certaines maladies, la fièvre typhoïde, la grippe, la diphtérie, les oreillons, il n'y a pas d'interruption entre la période infectieuse et l'apparition du mal; dans d'autres plus importantes, comme la scarlatine, il peut s'écouler deux ou trois semaines sans trouble apparent.

Est-ce l'agent infectieux propre à chacune de ces maladies qui crée la lésion rénale, est-ce une infection associée? Il est impossible de le dire. L'incertitude est surtout légitimée

pour la scarlatine et pour l'ancienne néphrite *a frigore*, dont les agents microbiens sont tout à fait indéterminés.

Pour aucune des néphrites sus-nommées il n'est possible d'établir une thérapeutique pathogénique, le traitement ne peut être que symptomatique. Cependant, il existe certaines variétés de néphrites, où le traitement spécifique peut être d'un grand secours; elles sont peu nombreuses, c'est par elles cependant qu'il convient de débiter.

### A. — TRAITEMENT PATHOGÉNIQUE

1° — A toutes les périodes de l'*impaludisme*, au moment où se produisent les accès graves, et même pernicieux, l'albuminurie peut apparaître, soit comme conséquence d'une congestion rénale intense, soit à titre de symptôme révélateur d'une néphrite qui débute. On peut aussi, à l'examen des urines couleur rouge sombre, poser le diagnostic de congestion avec hémoglobinurie.

Il ne peut y avoir en ce cas aucune hésitation, c'est aux *préparations quiniques* que l'on doit s'adresser. La quinine sera introduite à haute dose par la voie stomacale, par la voie sous-cutanée, à défaut d'autre, si le malade ne peut supporter le médicament. On ne peut espérer la disparition des accidents que par cette médication *spécifique*. Il n'y a pas à craindre, en pareille circonstance, d'ajouter à l'infection malarienne, si terrible dans ses conséquences, l'intoxication médicamenteuse: le succès ne sera obtenu qu'à ce prix.

Le traitement ne sera d'ailleurs pas continué, si les accidents cèdent rapidement. A mesure que l'on s'éloigne du début, la guérison devient incertaine et la néphrite doit être traitée par le régime et les précautions hygiéniques que nous indiquerons bientôt.

2° — Le traitement spécifique s'adresse plus particulièrement encore à la *néphrite syphilitique*, celle de la période secondaire dont nous avons parlé assez longuement ailleurs. Cliniquement, elle se comporte comme une néphrite subaiguë banale,

elle en diffère en ce qu'elle est justiciable du traitement anti-syphilitique. Les néphrites syphilitiques précoces doivent être traitées au moyen des préparations *hydrargyriques*. Il est recommandé d'administrer les mercuriaux avec une certaine réserve et de tâter, pour ainsi dire, la susceptibilité de chaque malade. En voulant agir trop rapidement et sans mesure, on pourrait déterminer une stomatite difficile à guérir et qui obligerait à une suspension presque indéfinie du traitement. Dans la thèse de Descouts, dans celle de Négel, on trouve des observations très démonstratives, où la guérison n'a été obtenue qu'à l'aide des préparations mercurielles. Des faits confirmatifs ont été fournis par Mauriac, Labadie-Lagrave, Horteloup, Barthélemy, Fournier, Cohadon, Martinet.

Pour montrer l'importance du traitement spécifique, il convient de relater le fait suivant, dû à Lecorché et Talamon. Un homme est atteint, au huitième mois d'une syphilis, de néphrite avec albuminurie abondante et anasarque. La révulsion lombaire, la médication antiphlogistique, le régime lacté ne donnent aucun résultat. La quantité d'albumine atteignait 49 grammes par litre. Le malade fut alors soumis aux frictions mercurielles avec 4 grammes d'onguent napolitain, l'alimentation ordinaire fut autorisée. L'œdème et l'albuminurie allèrent en diminuant, et, pendant trois mois, la même dose de mercure fut maintenue. Au commencement du quatrième mois, les frictions sont interrompues, le chiffre de l'albuminurie monta de 4<sup>5</sup>,70 à 9 grammes par litre. Le traitement hydrargyrique fut alors repris, et, vers la fin du cinquième mois, la guérison fut complète; elle ne s'est pas démentie pendant les trois années suivantes où le malade fut tenu en observation.

Des observations semblables à celle que nous venons de rapporter sont très probantes et montrent que les craintes de Senator, de Hardy, de Mauriac, au sujet des dangers que fait courir le traitement mercuriel, sont dénuées de fondement. Elles nous indiquent aussi le peu de créance qu'il faut ajouter à l'opinion exprimée au commencement du siècle par Wells, Blackall, Gregory, qui prétendaient que l'albuminurie observée

chez les syphilitiques était la conséquence du traitement mercuriel qu'on leur imposait.

Cette idée, reprise par Güntz, a été définitivement écartée par Mauriac, qui cite des observations de syphilitiques atteints de néphrite, sans avoir été soumis à aucun traitement.

Rayer avait déjà réfuté l'opinion de Wells, Blackall et Gregory, et montré que, chez les doreurs atteints de tremblement, les hydropisies avec urines coagulables s'observaient avec une extrême rareté. Désormais, la question paraît résolue; on peut affirmer que le mercure, pris à doses thérapeutiques, même pendant l'évolution de néphrites graves avec élimination considérable d'albumine, ne peut causer de désordres sérieux du côté des reins, et qu'il y aurait grand préjudice pour les syphilitiques à les priver de l'action résolutive de ce médicament.

L'*iodure de potassium*, préconisé par Mauriac, semble beaucoup moins actif; il convient mieux aux néphropathies syphilitiques tertiaires, presque toutes représentées par des reins amyloïdes.

Les exemples de la malaria et de la syphilis sont les seuls que nous puissions donner en faveur du traitement pathogénique, mais ils suffisent à réduire à néant les idées préconçues sur le danger des médications d'assaut dans les néphrites avec albuminurie abondante, où l'on suppose que l'encombrement du rein est presque complet. Le traitement spécifique appliqué de bonne heure fait rétrocéder les lésions, et, loin d'augmenter l'albuminurie, la fait disparaître en totalité.

Si ce chapitre, à peine ouvert, contient encore un si petit nombre de faits positifs, il permet d'exprimer l'espoir que d'autres manifestations rénales seront justiciables d'un traitement pathogénique, et, qu'en présence d'une néphrite en évolution, on n'en sera pas réduit à faire de l'expectation pure ou à parer les accidents les plus sérieux.

#### B. — TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE

En effet, dans toute autre circonstance, alors que la cause déterminante de la néphrite échappe ou que le traitement

pathogénique est inapplicable, la conduite à tenir n'est plus la même.

On se trouve habituellement vis-à-vis de malades infiltrés, urinant peu, chez lesquels la nutrition languit et qui, d'un instant à l'autre, sont menacés des accidents les plus graves. Les indications du traitement sont multiples et peuvent être rangées sous quatre chefs principaux :

- A. Faire rétrocéder si possible le processus morbide en évolution;
- B. Alimenter les malades sans compromettre la diurèse;
- C. Assurer et augmenter la diurèse;
- D. Prévenir les complications de l'urémie aiguë ou lutter contre elles à peine déclarées.

A. — FAIRE RÉTROCÉDER SI POSSIBLE LE PROCESSUS MORBIDE EN ÉVOLUTION

Pour satisfaire à la première indication, il faut se rappeler qu'au début des néphrites les malades accusent quelquefois un mouvement fébrile et se plaignent de douleurs lombaires assez vives.

Voyant dans ces signes les manifestations d'un travail inflammatoire local, beaucoup de médecins ont préconisé un traitement antiphlogistique et la révulsion au niveau des reins. La *saignée générale*, si utile au moment des attaques d'urémie, ne paraît pas avoir ici son emploi. Cependant, on peut la pratiquer sans inconvénient, si les urines sont rares et si l'anasarque s'accompagne d'œdème pulmonaire. Autrement, la révulsion doit être obtenue au moyen des *ventouses scarifiées*. On doit se défier, au contraire, des *vésicatoires*, dont l'effet révulsif ne paraît pas mieux démontré et dont les dangers sont indiscutables. En tout cas, l'application d'un vésicatoire ne doit jamais dépasser quatre à cinq heures. Les *sinapismes* ont aussi l'inconvénient d'être assez irritants, par l'essence de moutarde qu'ils contiennent, moins sans doute que les vésicatoires, car ils ne mettent pas le derme à nu.

On peut encore obtenir la révulsion par l'application de *ventouses sèches*, de *cautéres*, de *pointes de feu*, d'*huile de croton* (peu recommandable), du *vésicatoire phéniqué* (Hayem), du *vésicatoire ammoniacal* (Trousseau).

S'appuyant sur des recherches anatomiques, Renaut, de Lyon, conseille de pratiquer les émissions sanguines dans le triangle de J.-L. Petit, parce que à ce niveau on agit sur des veines qui s'anastomosent largement avec celles de la capsule du rein. Or, dans la première période des néphrites, il existe assez souvent une fausse imperméabilité du filtre, due à la compression des tubes et des glomérules par l'œdème aigu congestif, véritable infiltration séreuse d'origine inflammatoire.

Les émissions sanguines locales et la révulsion, pratiquées avec les précautions que nous venons d'indiquer, peuvent être répétées aussi souvent qu'on le jugera convenable. Qu'elles agissent directement par déplétion ou indirectement par la voie nerveuse, elles paraissent d'un bon emploi; la quantité de sang retirée à chaque application est insignifiante pour ainsi dire.

B. — ALIMENTER LES MALADES SANS COMPROMETTRE LA DIURÈSE

*De la diététique dans les néphrites aiguës.* — Dans toutes les néphrites aiguës et prolongées dont la pathogénie nous est inconnue, la thérapeutique de la première période se résume en la méthode *antiphlogistique*. Le traitement médicamenteux ne doit intervenir qu'au moment où apparaissent les accidents et les complications. Mais comme il faut avant tout alimenter les malades, il est bon de tracer le régime qui doit leur être prescrit. L'*alimentation carnée* est celle qui convient le moins, parce qu'elle introduit des matières extractives qui, s'ajoutant aux substances similaires fournies par les tissus, devront être éliminées par le rein et augmenteront la somme de travail qu'il doit produire. On doit supprimer de même tous les aliments qui peuvent laisser un résidu trop considérable.

*Régime lacté.* — L'aliment par excellence est le lait. On l'a dit et répété avec raison, le lait contient en proportion suffisante les quantités d'albumine, de graisse et d'hydrates de carbone nécessaires à toute alimentation. La quantité d'hydrates de carbone est relativement faible, mais cela importe peu, puisque les malades atteints de néphrite aiguë doivent, pendant assez longtemps, garder le repos le plus complet, et même le lit. Ils se trouvent par conséquent à peu près dans les mêmes conditions que l'enfant du premier âge, qui ne peut se mouvoir; par suite, leur état ne réclame pas une alimentation soutenue. Le lait introduit de plus dans l'économie des matières albuminoïdes, très facilement assimilables, des sels en certaines proportions, de l'eau et du sucre de lait, qui agissent comme diurétiques.

C'est particulièrement à la néphrite scarlatineuse que ce régime est applicable. La quantité d'eau absorbée provoque une diurèse abondante alors que, les jours précédents, les urines étaient rares; très rapidement parfois les œdèmes se résorbent et le taux de l'albumine suit une ligne progressivement descendante. Ces modifications sont tellement remarquables que le régime lacté a été proposé à titre de moyen préventif et prophylactique des inflammations rénales. En Allemagne, Ziegler, de Potsdam, s'est fait le promoteur de cette méthode pour la scarlatine et prétend que si, pendant toute la durée de l'affection, les malades sont exclusivement alimentés par le lait, la néphrite ne se produit pas.

On connaît aussi les effets favorables du régime lacté, pendant la grossesse, chez les femmes qui présentent de l'albuminurie; en quelques jours l'albumine peut tomber de 8 et 10 grammes à 0<sup>gr</sup>,60 et 0<sup>gr</sup>,50, et même disparaître entièrement. Il est vrai qu'en cette circonstance on ne sait ni comment ni pourquoi on réussit, puisque l'altération rénale est encore en discussion.

Il ressort toutefois de ces exemples que le lait agit comme un véritable diurétique et assure le lavage des tissus; il est possible alors que, donné préventivement, il facilite chaque

jour l'élimination de substances nuisibles qui, traversant le rein en quantité minime, ne peuvent provoquer d'inflammation. Ces mêmes substances, dans le cas où l'alimentation mixte est prématurément reprise, s'éliminant en masse après s'être accumulées dans l'organisme, détermineraient au moment de leur passage des lésions d'une réelle gravité.

Cette explication est hypothétique sans doute, le fait n'en reste pas moins démontré, le régime lacté ne saurait aujourd'hui être avantageusement remplacé par aucun autre.

Dans les néphrites aiguës, il n'y a pour ainsi dire aucune *contre-indication* au régime lacté. La seule proviendrait de la répugnance éprouvée par le malade pour ce mode d'alimentation et des troubles digestifs qu'il pourrait occasionner. Avant de renoncer à ce régime, il est bon de le présenter sous toutes les formes. On pourra, par exemple, chez les malades craintifs, le substituer peu à peu à l'alimentation ordinaire, puis, quand il formera la base unique du régime, le donner par très petites quantités à la fois. Il sera pris naturel et cru, ou chaud suivant les préférences. pur ou coupé d'une eau alcaline, additionné parfois d'une substance légèrement aromatique. Nous tenons de plusieurs médecins qui, pour des maladies très diverses d'ailleurs, ont été obligés de se soumettre au régime lacté exclusif, qu'ils n'avaient jamais pu, même à la campagne, supporter le lait complètement pur. La digestion en était lourde et prolongée; le même lait, coupé d'eau par tiers ou par moitié, quelquefois simplement bouilli, devenait d'une assimilation beaucoup plus facile. Plus tard, donné en potage et mélangé aux féculents, il était également très bien supporté.

Ce régime peut être poursuivi pendant deux à trois mois sans inconvénient, puisque, chez des personnes obligées à garder la chambre et atteintes d'affection gastro-intestinales, on a vu la seule alimentation lactée, non seulement suffire à l'entretien, mais amener l'augmentation du poids. Dans les limites où évoluent les néphrites aiguës, deux à trois mois au maximum, les malades se trouvent dans les meilleures conditions pour retirer de ce traitement tous les avantages qu'il comporte. Mais,

passé ce délai, il est peu probable qu'on obtienne la guérison. Peu à peu l'affection rénale s'affirmera comme une lésion rebelle avec déchéance profonde, et l'on se trouvera, vis-à-vis de ce rein malade, dans la même situation qu'en présence d'une affection organique du cœur confirmée. Le rôle du médecin sera réduit à prolonger, le plus possible, la période d'équilibre ou de compensation, et à écarter toutes les influences qui pourraient provoquer l'arrêt suspensif du filtre et de la glande.

C. — ASSURER ET AUGMENTER LA DIURÈSE

En effet, du moment où elle est tolérée, l'alimentation par le lait suffit à prévenir toutes les crises, en réduisant au minimum la quantité des matériaux excrémentitiels que la glande doit éliminer et en permettant au rein de réparer dans le calme les lésions dont il est atteint. C'est de plus un excellent diurétique par la masse d'eau qu'il introduit dans l'organisme et par le sucre de lait qui entre dans sa composition. On peut même ajouter que c'est, à cette période des néphrites aiguës, le seul diurétique recommandable.

Le régime lacté pourvoit ainsi à la troisième indication thérapeutique que nous avons posée, la plus simple, mais aussi la plus importante de toutes. Traversé continuellement par de grandes masses d'eau, le filtre doit rejeter au dehors tous les déchets qui l'obstruent.

Si ce résultat n'est pas obtenu, on doit croire que les lésions du rein sont très prononcées. C'est alors que de nouvelles indications se présentent, nécessitées par les accidents et les complications de la phase de déséquilibre, où l'urgence du traitement médicamenteux s'impose. L'insuffisance rénale est certaine et l'urémie est proche.

Dans les néphrites aiguës graves, quelle qu'en soit l'origine, nous savons que toutes les parties du rein sont violemment irritées et que souvent l'appareil glomérulaire présente une désorganisation profonde.

Aussi l'albuminurie est-elle toujours abondante; en même

temps apparaissent des œdèmes, d'abord fugaces, puis plus persistants, l'anasarque est bientôt constituée. Les urines sont rares et sombres, le cœur bat mollement; il paraît élargi à la percussion de la paroi thoracique. A cet état succède l'hypertrophie, lorsque la néphrite laisse dans le rein des traces de son passage et que la résolution n'est pas complète.

Il y a donc, à cette période de la maladie, lorsque le régime lacté est insuffisant, deux origines possibles à l'anasarque; *a*, la déperdition albumineuse, l'hydrémie et peut-être l'inhibition vaso-motrice qui en sont la conséquence; *b*, la fatigue et le surmenage du cœur, qui lutte avec peine contre le surcroît de travail qu'il doit fournir.

Ce sont les deux points auxquels il faut surtout songer. On peut arriver à la diminution des œdèmes :

- 1° En agissant sur le rein par les diurétiques directs;
- 2° En relevant la force contractile du cœur;
- 3° En agissant sur la peau par la diaphorèse;
- 4° En pratiquant la dérivation sur l'intestin par les purgatifs;
- 5° En agissant mécaniquement par l'acupuncture.

Mais, en revanche, il n'y a aucun avantage à essayer de réduire le taux de l'albumine. Nous avons déjà dit qu'au moment des crises d'asystolie l'albuminurie disparaissait, aussitôt que, sous l'influence de la digitale, l'énergie cardiaque se trouvait relevée et la tension artérielle maintenue. L'albumine ne franchit le glomérule que par suite du ralentissement de la circulation glomérulaire et de la stase qui l'accompagne. *Le traitement ne s'adresse pas ici directement au symptôme albuminurie, mais aux conditions qui l'engendrent.*

De même, dans les néphrites, l'albuminurie diminue lorsque les lésions rénales s'amendent, et toute intervention capable d'atténuer ou d'arrêter le processus inflammatoire aura comme conséquence indirecte la diminution ou la suppression de l'albumine.

Aussi peut-on dire aujourd'hui que chaque fois que, sous

l'influence d'un médicament, le taux de l'albumine baisse, c'est que la néphrite est momentanément améliorée, l'albuminurie paraissant étroitement liée à l'effraction du glomérule.

L'une des substances qui ont été le plus longtemps en vogue pour tarir les sources de l'albuminurie est le *tannin*. Recommandé par Bright et Frerichs, il fut délaissé au point que Bartels et G. Stewart ne lui accordent aucune action. Cependant L. Brunton, Ribbert, Mamminger en parlent favorablement, ainsi que du *tannate de soude*, employé par B. Millard et Pribram, à la dose de 0<sup>gr</sup>,50 à 1 gramme par jour. Gubler préfère au tannin l'*acide gallique* dont l'action est, on le sait, très comparable; Rosenstein ne s'en déclare pas partisan. Ribbert prétend aussi avoir retiré les meilleurs résultats de l'*arbutine*<sup>1</sup>, principe actif de l'uva ursi, et de la *fuchsine*, préconisée autrefois par Feltz et Bouchut, employée depuis par Berthet, Dieulafoy, Eichhorst et de Renzi.

Fothergill n'accorde aucune confiance aux substances prétendues modératrices de l'albuminurie et ne croit pas que la spoliation albumineuse puisse jamais compromettre l'existence. On sait, en effet, que la déperdition éprouvée par les malades atteints d'ascite est bien autrement considérable. Les ponctions abdominales peuvent être assez fréquemment répétées, sans que la santé générale paraisse en souffrir.

Broadbent attribue une efficacité réelle à des doses modérées de *mercure* dans la disparition des dernières traces d'albuminurie de la néphrite aiguë fébrile. Le mercure a été employé sous forme de frictions, de sublimé ou de calomel à l'intérieur; les mercuriaux sont aussi recommandés par Millard, de New-York, dans les circonstances indiquées déjà par Broadbent. Il est peu probable que ces médicaments agissent directement sur l'albuminurie; tous ont sans doute une action sur les vaisseaux, pour relever la tension vasculaire et, par suite, sont des diurétiques indirects. Quelques-uns, comme les mercuriaux,

1. L'arbutine ne doit pas être employée à cause de sa composition variable.

ont une action plus complexe et sont de véritables résolutifs des inflammations rénales.

Le mercure agit ainsi dans beaucoup de processus inflammatoires, peut-être à titre de spécifique, en attaquant la cause même du mal; de Renzi donne le calomel, à la dose de 0<sup>gr</sup>,60 à 0<sup>gr</sup>,80 par jour, pendant trois jours consécutifs; suivant lui, il est excellent contre l'hydropisie et provoque également la diurèse.

Nous ne rappelons qu'à titre de renseignement l'action antialbuminurique attribuée aux préparations *ferrugineuses* (Fothergill), à l'*acétate de plomb* (Rosenstein), à l'*ergot de seigle* (G. Stewart), aux acides divers : *azotique*, *phosphorique* (Millard, Kidd), au *chlorhydrate d'ammoniaque* dans les albuminuries d'origine hépatique (Millard), aux *arsenicaux*.

Que faut-il penser du *violet de méthyle* (Stilting), du *bleu de méthylène*? Ces médicaments ont-ils, comme le soutient Netchaief, une action microbicide, et, s'il est exact que la quantité des urines augmente très rapidement jusqu'à la dose de trois litres à trois litres et demi, ce résultat est-il subordonné à la destruction des microbes? Il serait plus simple, ce nous semble, de voir dans ce phénomène une action diurétique directe.

Quant aux autres substances considérées comme ayant une action réelle sur la transsudation albumineuse, elles ont manifestement une influence sur le rein ou la circulation générale. Telles sont la *teinture de cantharides*, la *trinitrine*, les *nitrate de soude* et de *potasse*, le *bicarbonate de soude*, le *bitartrate de potasse*.

Restent les sels de *strontiane*, qui auraient une action suspensive sur l'albuminurie sans augmenter la diurèse. G. Sée, Dujardin-Beaumetz, qui ont expérimenté ce médicament, prétendent qu'il échoue dans les néphrites lentes et qu'il trouve sa véritable indication dans les premières périodes des néphrites aiguës. Les sels de strontium les plus usités sont le *bromure*, l'*azotate* et le *lactate*, surtout ce dernier. On l'ordonne à la dose de 6 à 8 grammes par jour, en solution