

lioration, on ne peut compter sur aucun médicament; les attaques éclamptiques se succèdent, la période comateuse apparaît et la mort est imminente.

III

Traitement des néphrites chroniques.

Nous avons dit qu'il y avait deux façons de comprendre la destruction du rein. Dans une première catégorie de faits, la néphrite a été violente, et, malgré l'énergie de l'attaque, les fonctions se sont rétablies, maintenues normales en apparence; puis, comme dans les affections du cœur, la période de compensation prend fin. Dans une deuxième série, le travail de destruction se poursuit lentement, insidieusement; la maladie n'apparaît, en réalité, qu'à partir du moment où la glande amoindrie devient insuffisante pour remplir la fonction qui lui est dévolue.

La période dite d'insuffisance correspond toujours à des lésions organiques avancées, ce qui n'implique nullement que le rein soit de petit volume. Cette période est d'une durée très variable et comprend l'ensemble des néphrites chroniques, dont les types les plus fréquents sont représentés par des reins atrophiés, mais parmi lesquels on rencontre aussi des dégénérescences amyloïdes et des reins assez volumineux.

S'il est possible, ainsi que nous avons essayé de l'établir, que l'atrophie du rein reconnaisse comme cause première une scarlatine ancienne ou toute autre maladie infectieuse, le plus fréquemment c'est aux intoxications lentes qu'il faut attribuer la plus grande influence dans la genèse des lésions chroniques de cet organe.

Contre ces affections rénales, on peut instituer à la rigueur une thérapeutique pathogénique, ou tout au moins prophylactique et préventive. En voici deux exemples :

On connaît la fréquence de la néphrite saturnine et l'on sait quelles sont les mauvaises conditions hygiéniques qui

l'engendrent. Vient-on à constater la présence d'une albuminurie notable chez un peintre ou toute autre personne exposée à l'intoxication par les préparations plombiques, on devra l'engager à quitter sa profession. Une guérison complète peut-elle être la conséquence d'une pareille mesure? Cela est possible; car il n'existe en fait aucun motif pour que la néphrite s'aggrave, puisque la cause déterminante de l'inflammation rénale est supprimée. Les lésions antérieures persistent et le rein, bien qu'atrophie en partie, reste suffisant.

On conçoit aussi que, par une hygiène appropriée (exercice musculaire, entraînement, alimentation réglementée, traitement hydro-minéral), on puisse suspendre dans sa marche une néphrite goutteuse, ou, tout au moins, en ralentir le développement. Nous avons également prise sur les dyspepsies gastro-hépatiques et gastro-intestinales qui, d'après certains auteurs, auraient une action dans la genèse des néphrites chroniques. Dans toutes ces circonstances, on s'adresse directement à la cause première des troubles du rein, on fait en quelque sorte de la thérapeutique pathogénique.

Malgré tout, il est rare de rencontrer des cas assez favorables pour que cette médication soit utilisable; presque toujours on arrive trop tard pour agir efficacement; les altérations sont déjà très anciennes et comparables à celles du foie, au moment où la cirrhose devient évidente. La plupart des médicaments échouent, c'est tout au plus si les iodures peuvent enrayer les progrès d'une néphrite tributaire de la syphilis ou d'une dégénérescence amyloïde.

A. — DU RÉGIME DANS LES NÉPHRITES CHRONIQUES

Beaucoup de médecins croient encore qu'à peine on a reconnu la présence de l'albumine dans l'urine il faut prescrire le régime lacté. Si l'interrogatoire permet d'établir que les lésions du rein sont profondes et d'ancienne date, on ne tardera pas à s'apercevoir qu'en suivant cette pratique on fait fausse route. On remarquera, au bout de quelques semaines, que le

chiffre de l'albumine reste invariable et que l'état général ne s'améliore pas. Il survient quelquefois des troubles gastriques et intestinaux graves, dyspepsie, anorexie insurmontable, diarrhée rebelle, souvent aussi une répugnance absolue pour l'alimentation par le lait. Alors même que ces accidents ne se produisent pas, on ne tire aucun avantage de ce régime exclusif.

En effet, il faut retenir que, dans les néphrites aiguës et subaiguës, le lait agit, non comme un médicament véritable, mais comme un aliment facile à supporter, comme un de ceux dont les résidus sont incapables d'irriter le rein au passage, de sorte que l'on peut accepter comme vraie l'opinion de Dickinson, qui prétend que le meilleur régime dans les inflammations du rein, c'est un régime faible avec boissons abondantes. Le lait permet de soutenir le malade, en exonérant le rein d'un surcroît de travail et en permettant à la fonction de se rétablir. La quantité des urines augmente pendant que le chiffre de l'albumine s'abaisse, et ces deux termes, à mesure que l'amélioration s'affirme, marchent en sens inverse l'un de l'autre. La disparition de l'albumine, au moment du retour à la santé, peut être considérée comme constante.

Or, l'albumine ne disparaît que parce que la néphrite guérit, et c'est cette guérison qui ne peut être obtenue dans les néphrites chroniques. D'ailleurs, si le régime lacté est celui qui convient le mieux pour favoriser la résolution, il n'est nullement nécessaire, et beaucoup de néphrites peuvent guérir, sans que le régime soit aussi rigoureux.

De même, dans beaucoup de néphrites invétérées, on peut constater qu'une alimentation mixte, sagement réglée, est exempte des dangers que l'on paraît redouter; les malades la supportent mieux que le lait, sans qu'il en résulte une aggravation de l'état général.

Il n'est pas toujours sage d'interrompre subitement le régime lacté pour lui substituer une alimentation plus riche; il faut accoutumer le rein au changement; sans cette précaution l'albuminurie peut augmenter, les urines diminuer, l'œdème

reparaître. Le bouillon, les extraits de viande, les viandes fortes, sont les aliments qui doivent être spécialement interdits. Au contraire, le passage d'une alimentation lactée exclusive au régime mixte, comprenant du pain, des laitages, du beurre, des graisses, des farineux, des mets sucrés, des fruits, peut se faire d'une manière insensible. Bientôt on y joindra les poissons à chair fine, les viandes blanches, les légumes verts, sans que cette addition au régime se traduise par aucun malaise.

Il y a plus, on voit des malades dont l'affection semble ne présenter aucune modification, quel que soit le régime adopté; avec une alimentation faible ou avec une alimentation assez abondante, le taux de l'albumine reste invariable. Le travail intellectuel et, dans une certaine mesure, le travail manuel ne paraissent avoir aucune action nuisible. En présence de ces faits, on a supposé que les deux reins n'étaient pas malades, ou que, du moins, ils n'étaient lésés que dans une certaine partie de leur étendue, d'où la doctrine des *néphrites partielles*. Il est beaucoup plus rationnel de considérer ces cas comme des exemples de néphrite chronique dont la période de compensation se prolonge, par suite du développement modéré des lésions. Pour tous ces motifs, le régime assez reconstituant, dont il vient d'être parlé, peut être suivi au plus grand profit des malades.

On se contentera de surveiller la diurèse; l'alimentation par le lait ne sera reprise que si les urines se raréfient et deviennent plus foncées. Les poussées inflammatoires, au cours des néphrites chroniques, placent en effet les reins dans un état d'insuffisance, très analogue à celui que l'on constate dans les néphrites aiguës.

L'apparition de troubles digestifs, vomissements et diarrhée, les accidents du côté du poumon, une céphalalgie opiniâtre ou tel autre symptôme, mettront sur la voie. La faible élimination des urines, le chiffre peu élevé de l'urée, la diminution de la toxicité urinaire, viendront confirmer que le rein est amoindri et que l'urémie est proche. Mais, si cette progression est souvent observée et décèle exactement le degré de

déchéance où l'organe est tombé, il faut savoir qu'il existe de nombreuses exceptions.

En effet, des reins atrophiés suffisent, pendant une très longue période, à l'élimination journalière des urines. Les malades conservent une santé bonne en apparence, leur appétit se modifie peu, l'urée est excrétée en quantité normale. A ces symptômes très satisfaisants, succèdent des accidents très graves, auxquels le malade succombe en peu de temps. L'affection du rein est arrivée ainsi à sa phase ultime, d'une façon insidieuse; nous savons qu'une évolution analogue s'observe dans la dégénérescence kystique des reins, dans la cirrhose du foie.

On s'exposerait donc à de grossières erreurs, si l'on croyait possible de dresser au jour le jour, pour ainsi dire, une échelle de toxicité permettant d'apprécier les progrès de l'altération des reins dans les néphrites chroniques. C'est souvent en dehors du rein qu'il faut chercher les éléments d'un pronostic, et l'on sait quelle est l'importance du bon fonctionnement du cœur et des poumons dans la période avancée des atrophies rénales.

Donc, à moins d'indication particulière, le régime lacté exclusif ne nous apparaît pas comme l'alimentation nécessaire de toute néphrite qui évolue; c'est, par contre, l'alimentation de choix dans les néphrites récentes et dans les cas où un retour offensif de la maladie met le rein dans un état d'infériorité marqué. Cette médication rend, au moment des attaques d'urémie, de trop grands services, pour qu'on la prodigue dans les périodes de tolérance, au risque d'en dégoûter les malades et d'altérer les fonctions digestives.

Cette médication, si précieuse qu'elle soit, échoue cependant, comme toutes les autres, lorsque la fonction du rein est irrémédiablement perdue. Car, en dehors des faits où l'urémie survient d'une façon soudaine, sans que rien l'ait fait pressentir, les désordres gastro-intestinaux ont pris parfois une telle acuité qu'aucun aliment n'est toléré, les vomissements alternent avec la diarrhée, et ces indigestions successives, jointes

aux troubles apportés par l'intoxication, jettent le malade dans une anxiété extrême. Il n'est plus question de régime en ces circonstances, il faut avant tout parer aux accidents les plus immédiats, en particulier par la saignée, bien supérieure aux diaphorétiques et aux évacuants.

Pour fixer les indications du régime lacté, nous avons supposé que l'enquête médicale avait toujours permis d'établir à quelle époque remontaient les premiers désordres causés par la néphrite.

Cependant, la proposition inverse est plus fréquente encore : malgré l'interrogatoire le mieux conduit, il est impossible de déterminer l'origine et la durée d'une néphrite. Aussi faut-il soumettre tous les albuminuriques, mis en observation dans ces circonstances, au régime lacté exclusif, à titre d'essai, absolument comme s'il s'agissait d'une néphrite récente. L'expérience sera poursuivie pendant quatre à six semaines. Si aucun changement ne survient, toute prolongation du traitement est inutile, on devra revenir à l'alimentation mixte, que l'on interrompra de temps à autre pour reprendre le lait, si on le juge nécessaire.

Quelles sont les substances qui peuvent entrer dans l'alimentation des malades atteints de néphrite chronique ?

Nous avons déjà signalé le pain ordinaire ou grillé, les légumes verts, les pois, les lentilles, les pommes de terre, la soja, le riz, le beurre, les entremets, les poissons à chair blanche (merlan, turbot, sole, barbue); les pâtes italiennes, le racahout, le chocolat, etc. Parmi les viandes, il faut surtout recommander le riz de veau, le pigeon, le poulet, la cervelle, le lard, le porc frais, le foie gras. Les viandes seront toujours très cuites; braisées, elles seront plus digestes que les viandes rôties.

Avec tous ces aliments, et bien d'autres encore, puisqu'on peut, de temps à autre, permettre l'usage des viandes noires telles que le bœuf, le mouton, on peut composer des menus variés à l'infini. Les repas seront terminés par des desserts, pâtisseries, confitures, compotes de fruits, fruits frais de diverses sortes.

On s'est demandé s'il n'y aurait pas inconvénient pour les albuminuriques à manger des œufs, afin d'apporter encore une plus grande variété dans leur alimentation; car les œufs font partie d'une quantité de préparations culinaires.

Les médecins qui les proscrivent s'appuient sur des expériences déjà anciennes de Stokvis démontrant que l'injection intra-veineuse d'ovi-albumine provoque invariablement de l'albuminurie chez les animaux : l'albumine de l'œuf passe dans les urines, où on peut la déceler à ses réactions spéciales. Mais l'ovi-albumine ingérée est toujours modifiée par la digestion; elle ne franchit pas le glomérule (Lauder-Brunton, Lawenmeyer, Maguire), même lorsque l'alimentation comprend jusqu'à dix-neuf œufs en trente-six heures (Dobradin). Grainger Stewart a quelquefois constaté un peu d'albuminurie à la suite de ces expériences, mais elle disparaissait très vite. En tout cas, on ne trouvait pas d'ovi-albumine, mais de la sérine. Enfin, Oertel put donner à un cardiaque soixante-douze œufs crus dans l'espace de douze jours, sans que, à aucun moment, l'urine contînt de l'albumine.

Malgré leur innocuité chez les personnes bien portantes, les œufs crus ne doivent pas être prescrits chez les malades atteints de néphrite; car la peptonisation peut en être incomplète, et l'assimilation défectueuse. Jamais les œufs ne seront autorisés, si les fonctions digestives sont en mauvais état et s'il y a des fermentations à redouter.

Tout le monde s'accorde à reconnaître l'inutilité et les dangers d'une alimentation trop abondante. Certains malades peu dociles doivent être surveillés à cet égard. La règle, c'est que, tant qu'il reste sous le coup d'une rechute, l'albuminurique doit se contenter d'une alimentation moyenne. On pourrait dire que les malades atteints de néphrite chronique doivent être soumis à la ration d'entretien suffisante aux personnes qui gardent le repos et ne doivent produire aucun effort ni supporter aucune fatigue. Le malade atteint de néphrite chronique a besoin, s'il veut vivre, de continuel ménagements.

Cependant, il est certain que les fonctions digestives se

maintiennent assez longtemps intactes dans le cours des atrophies lentes du rein. Aussi a-t-on toute raison de ne pas être trop sévère dans le régime. On a reconnu que, chez les albuminuriques comme chez les diabétiques, il n'y avait aucun intérêt à maintenir une alimentation uniforme et peu variée.

Il est même certaines circonstances où les principes de rigueur dans l'alimentation sont complètement abandonnés. On autorisera, par exemple, les tuberculeux et les syphilitiques dont les urines sont albumineuses, chez lesquels on diagnostiquera l'existence d'une dégénérescence amyloïde, à choisir dans les aliments ceux qu'ils préféreront. A plus forte raison, si l'on suppose que les reins, sans être amyloïdes, contiennent seulement des tubercules, on ne mettra aucune entrave aux désirs exprimés par les malades.

L'observation démontre que ces reins, bien que lésés, contiennent encore de nombreuses parties saines et que le danger d'insuffisance n'est pas en rapport avec le taux de l'albumine excrétée.

Dans ces formes de néphrites, Grainger-Stewart est partisan d'une nourriture substantielle. Souvent, dans l'espoir d'une amélioration, on ajoute au régime les préparations ferrugineuses, arsenicales, iodurées, les vins peu alcoolisés, riches en tannin.

D'une manière générale, au contraire, les *boissons* fermentées fortes ou très montées en alcool doivent être prosrites. Parmi les boissons, toutes les eaux minérales jouissant de propriétés diurétiques peuvent être utilisées, le vin blanc sera préféré au vin rouge, les bières légères aux bières fortes. Toutes ces boissons peuvent être remplacées de temps à autre par du thé pris au moment des repas.

On peut interdire aux malades certains aliments dont l'action sur le rein paraît trop irritante, tels que les épinards, l'oseille et la rhubarbe comestible, dont on use en Angleterre, les tomates, les aubergines, peut-être les asperges. L'action nuisible de ces dernières est douteuse; quant aux autres légumes, ils sont surtout contre-indiqués dans la goutte et la