

stituantes, soit avec des eaux chlorurées-sodiques faibles, comme *Royat*, soit même avec des eaux ferrugineuses, comme *Forges-les-Eaux*, *Schwalbach*, *Spa* ou *Franzensbad*.

J'utilise aussi, dans ces cas, la méthode des *cures associées*, en commençant par la cure de lavage, dont on restreint la durée, et en dirigeant ensuite les malades vers une station ferrugineuse et reconstituante. Parmi les associations qui semblent les plus recommandables, citons *Franzensbad* après *Carlsbad* ou *Wildungen*, *Schwalbach* après *Royat*, *Spa* après *Évian*, *Forges* ou *Bussang* après *Vichy*. Cette méthode des cures associées réclame beaucoup de tact dans son application; mais elle donne, dans nombre de cas, des résultats trop satisfaisants pour qu'on n'attire pas sur elle l'attention des praticiens.

CHAPITRE XI

TRAITEMENT DES DÉGÉNÉRESCENCES RÉNALES

PAR

S. AUDRY

Médecin des hôpitaux de Lyon.

I

Dégénérescence graisseuse.

Les dégénérescences du rein comprennent certains types nettement différenciés; mais il faut reconnaître que ceux-ci sont rares et que la plupart ne prêtent nullement à des considérations pratiques. Que dire, en effet, dans ce livre du traitement qu'il convient de faire subir à la tuméfaction trouble (altération granuleuse des épithéliums), et même à leur dégénérescence graisseuse, si ce n'est qu'on doit lutter contre les causes de ces dégénérescences et formuler des remèdes variables avec les affections primitives qui les entraînent. C'est ainsi que le rein gras des intoxications commandera l'emploi des antidotes et du régime lacté, que celui des pyrexies nécessitera, avec les soins particuliers qu'on donne à ces dernières, l'usage du lait, l'antisepsie interne, etc., que celui des cachectiques réclamera des toniques. Il est inutile, croyons-nous, d'insister davantage. Quant à la dégénérescence amyloïde et à la dégénérescence polykystique, elles méritent de nous arrêter davantage.

II

Dégénérescence amyloïde.

La dégénérescence amyloïde se caractérise nettement au point de vue anatomo-pathologique; d'autre part, son étiologie spéciale, ses symptômes particuliers (troubles digestifs, polyurie et albuminurie fréquentes, etc.) permettent d'en établir le diagnostic, du vivant du malade, au moins dans les cas typiques; aussi, décrivons-nous à part les soins qu'elle réclame.

1° *Question de la curabilité.* — Mais, avant de parler d'un traitement, nous devons nous demander si cette dégénérescence est curable. Quiconque interrogera ses souvenirs sera bien près de répondre négativement à une semblable question.

Litten (cité par Lecorché et Talamon) prétend que les foyers limités d'amylose sont peut-être susceptibles de résorption. Il invoque, à l'appui de cette façon de voir, la transformation que subissent parfois de très petits fragments de rein amyloïde introduits dans le péritoine de divers animaux. L'expérience semble, à vrai dire, peu concluante.

Gerhardt assure qu'on observe assez souvent la guérison chez l'enfant et Wagner croit à la curabilité de la lésion. Bartels rapporte l'histoire de deux sujets atteints, d'après toutes les probabilités, de dégénérescence amyloïde, et qui auraient guéri, l'un après cinq ans, l'autre après sept ans de maladie. Eichorst déclare avoir vu deux cas où il était impossible de ne pas songer à cette dégénérescence et dans lesquels il se produisit, contre son attente, un retour parfait à la santé. Lancereaux, de son côté, ne nie pas la possibilité de celui-ci, mais seulement chez les syphilitiques.

Tels sont les documents que nous avons pu recueillir dans lesquels il soit question de guérison. On avouera que c'est peu; aussi, tous les auteurs qui ont décrit l'amylose

se sont-ils montrés sceptiques à l'endroit du traitement. Pour Bartels lui-même, les résultats thérapeutiques sont des plus tristes.

Et cependant, « il ne viendrait à personne, en face d'une dégénérescence amyloïde, l'idée d'abandonner le patient à lui-même et de ne rien tenter (A. Brault) ». Ne dédaignons pas trop les faits dont nous parlions tout à l'heure et rappelons-nous que la maladie permet quelquefois une longue survie, jusqu'à dix ans dans un cas de Grainger-Stewart. N'oublions pas qu'on peut soulager les sujets, retarder leur mort, et surtout qu'on est quelquefois responsable de l'installation de cette redoutable lésion.

2° *Traitement prophylactique.* — Il faut, en effet, insister tout d'abord sur le traitement prophylactique: la dégénérescence amyloïde est ordinairement le résultat de certaines cachexies que nous énumérerons ici; car on doit apprendre à les craindre et comprendre la nécessité de les traiter. On redoutera donc: la *tuberculose pulmonaire* à forme ulcéreuse, les *affections osseuses* chroniques (caries et nécroses), les *arthrites suppurées*, les *maux de Pott*, la *coxalgie*, la *syphilis* (surtout les formes héréditaires et invétérées). On observe encore, quoique beaucoup plus rarement, à l'origine des accidents: les *plaies par armes à feu* (Cohnheim), les *ulcères de jambes* (Fischer), l'*empyème*, les *bronchectasies*, la *dysenterie* chronique, la *malaria*, la *péritonite chronique*, le *cancer utérin*, les *suppurations des reins*, le *pemphigus* chronique, la *tuberculose intestinale*, la *nécrose phosphorée*, les *fistules urétrales* avec rétrécissements, les *varioles* graves.

On ne saurait trop le répéter, c'est dans le traitement en temps opportun des affections que nous venons d'énumérer que réside le meilleur moyen de combattre l'amylose. C'est en pareil cas qu'il faut songer à prévenir plus qu'à guérir.

3° *Traitement de la dégénérescence amyloïde confirmée.* — Lorsque la maladie est installée, que reste-t-il à faire? Le traitement préventif sur lequel nous venons d'insister doit être encore mis en usage, bien qu'aux yeux de Lecorché et

Talamon, traiter la cause de la cachexie (syphilis, tuberculose, suppurations osseuses) soit à cette époque un leurre. « Il faut se hâter, dit Bartels, de sacrifier à temps un membre malade, lorsque apparaissent les premiers signes de l'affection. » Il faut traiter énergiquement la syphilis, la malaria, la scrofule et la tuberculose.

L'indication causale remplie dans la mesure du possible (et, avouons-le, les résultats obtenus seront bien maigres), existe-t-il quelque médication qui puisse s'adresser à la lésion elle-même? Nous serions peut-être en droit de faire comme Fürbringer, qui « juge inutile d'énumérer tous les remèdes plus ou moins consacrés par l'usage »; cependant nous rappellerons ces derniers, sans y ajouter d'ailleurs plus de confiance que tous les auteurs qui n'ont pas été leurs parrains.

Nous ferons, il est vrai, une exception pour l'*iodure de potassium*, sur lequel on a quelque raison de compter lorsque la syphilis est en cause. On doit en pareil cas le prescrire. Peut-être même, comme le croyait Bartels, l'*iodure* a-t-il, en dehors de la syphilis, une certaine action sur l'altération des vaisseaux du rein.

Dickinson, partant de cette hypothèse que la dégénérescence amyloïde succède à une désalcalinisation du sang et des tissus, a recommandé les liqueurs de *soude* et de *potasse*, citrates, acétates, bicarbonates. Murchison a préconisé la *teinture d'iode* de la pharmacopée anglaise, à la dose de 30 à 50 centigrammes, trois ou quatre fois par jour. Budd loue les *sels ammoniacaux* (chlorhydrate et carbonate). Il aurait vu, d'autre part, l'albuminurie disparaître dans un cas et s'améliorer chez deux autres malades par l'administration, deux fois dans les vingt-quatre heures, de vingt gouttes d'*acide nitrique*. On a, en effet, beaucoup vanté, à titre de médicaments spécifiques, l'emploi intus et extra des *acides* : c'est ainsi que Murchison donne à l'intérieur un mélange d'*acides chlorhydrique* et *nitrique* et que Ranald Martin conseille des bains dans lesquels entrent 60 grammes d'*acide chlorhydrique* et 30 grammes d'*acide nitrique*.

Peut-être les acides agissent-ils en modifiant les fonctions gastro-intestinales; mais on fera bien, croyons-nous, de ne pas compter sur les médications anglaises.

Quelle conduite convient-il donc de tenir chez nos malades et quelles sont, en somme, les prescriptions qui peuvent leur être de quelque utilité?

Avant tout, on se gardera bien, sous prétexte d'affection rénale ou d'albuminurie, d'imposer un régime lacté exclusif; on permettra une *nourriture variée*, aussi substantielle que possible, sans formuler d'ailleurs une alimentation azotée exclusive. Le patient prendra la quantité de lait que toléreront les voies digestives, du bon vin, de la viande, fera un usage modéré de l'alcool, habitera autant que possible un climat doux et tempéré. On s'efforcera de faire fonctionner la peau par le *massage*, par l'emploi des *bains salés* ou *ferrugineux*. Si la cachexie est avancée, des *inhalations d'oxygène* seront prescrites. Les médicaments, à part l'*iodure de potassium* sur lequel nous avons insisté, seront pris dans la liste des analeptiques et des ferrugineux : sirop d'*iodure de fer*, *iodure de calcium*, *quinquina*, préparations *iodo-tanniques*, *huile de foie de morue*; malheureusement, cette dernière ne sera pas toujours supportée. On abandonnerait d'ailleurs immédiatement toutes les substances qui sembleraient augmenter les troubles digestifs. Quelques auteurs ont recommandé le traitement mixte, en cas de syphilis avérée; mais l'administration du mercure nous semble dangereuse pour des reins et un intestin déjà malades. Au moins serait-on tenu, à cet égard, à beaucoup de prudence.

Le plus souvent, on instituera une médication symptomatique; on luttera contre la diarrhée, contre l'inappétence, contre les complications qui peuvent survenir et que nous ne saurions énumérer ici. Il en est une qui se produit fatalement à un moment donné et au traitement de laquelle se sont arrêtés certains auteurs, nous voulons parler de l'hydropisie. « Celle-ci, dit Fürbringer, semble résister encore davantage à la diurèse et à la diaphorèse que les néphrites qui

n'appartiennent pas au type amyloïde. » Lecorché et Talamon écartent les diurétiques, les purgatifs, les bains chauds. Ils conseillent quelques diaphorétiques internes, comme la teinture de gaïac, quelques stimulants, comme l'acétate d'ammoniaque, et, lorsque les téguments sont énormément distendus, que la peau va s'ulcérer, l'emploi des tubes de Southey qui produiront un soulagement passager. Nous citons cette opinion; car on lit, d'autre part, dans Fürbringer que les plaies cutanées sont bien moins prédisposées à la suppuration chez les cachectiques amyloïdes que chez les autres brightiques en général, et que cet auteur a lui-même obtenu des résultats remarquables, sinon durables, par de fréquentes scarifications. Nous ne saurions rien dire à cet égard.

III

Dégénérescence polykystique.

Les kystes du rein sont de nature très diverse. Mais les uns, comme les petits kystes de la néphrite interstitielle, ne comportent aucun traitement; les autres, comme les grands kystes isolés, séreux ou sanguins, les kystes hydatiques, sont trop du ressort de la chirurgie pour que leur description nous appartienne. Il ne s'agit donc ici que de la véritable *dégénérescence kystique* (Rayer), du *gros rein polykystique* (Lejars), des *kystes conglomérés* (Le Dentu).

Cette maladie singulière s'observe chez l'adulte et le fœtus. Il ne sera d'abord question que de la première forme, bien qu'il n'y ait pas à l'autopsie de différences réelles entre les deux types.

1° On sait qu'anatomiquement le gros rein polykystique est fort bien caractérisé. A l'ouverture du corps, les deux reins sont transformés en une masse de kystes, qui leur laissent ordinairement leur forme générale, mais qui revêtent les dimensions les plus variées et le plus souvent augmentent énormément leur volume.

On discute encore sur la pathogénie de cette lésion; quelles que soient les théories à cet égard, le rein polykystique est suffisamment caractérisé, au point de vue des symptômes, pour qu'on puisse le diagnostiquer du vivant des sujets. Or, comme le fait remarquer Lejars, au diagnostic n'est pas attachée une simple question d'analyse clinique délicate.

Rappelons en deux mots les signes de cette affection: début obscur, douleurs rénales, polyurie moyenne et intermittente assez fréquente, hématuries, albuminurie, tumeur bilatérale, ne se sentant habituellement que d'un côté.

En face de cette tumeur, accompagnée de douleurs et quelquefois d'hématuries, tumeur qui ne se perçoit ordinairement, comme nous venons de le dire, que d'un seul côté, le médecin n'est-il pas tenté de faire appel au chirurgien? Si celui-ci consent à une néphrectomie, le résultat n'est pas douteux: c'est une mort foudroyante pour l'opéré, car la lésion est double et l'anurie éclate aussitôt. C'est ainsi que Bergmann diagnostique un rein flottant cancéreux et enlève un gros rein polykystique. Sa malade meurt trois jours après.

Roswell Park et Thiriar auraient obtenu des succès par la néphrectomie: on est en droit de se demander avec Le Dentu s'il s'agissait bien dans leurs observations d'une véritable dégénérescence polykystique, des cas de kystes multiples, mais simples, pouvant en imposer. Il suffit de se rappeler que dans l'immense majorité des cas la lésion siège des deux côtés pour se convaincre qu'on ne doit pas intervenir.

Tous les chirurgiens concluent d'ailleurs dans ce sens. Wagner, Bæckel, Lejars, Le Dentu, repoussent énergiquement l'opération. « Nous n'hésitons pas, dit Tuffier, à conseiller de battre en retraite, lorsque l'incision fera voir qu'il s'agit d'un rein polykystique. »

Brodeur, qui rejette d'ailleurs la néphrectomie, semble admettre que le chirurgien puisse ouvrir une des tumeurs kystiques par la région lombaire; Bæckel reconnaît aussi qu'on peut faire la néphrotomie avec drainage, s'il existe un rein kystique suppuré avec abcès périnéphrétique; mais

il faut bien se rappeler que ces sujets ne résistent guère aux traumatismes les plus légers et que, suivant l'expression de Le Dentu, leur vie tient véritablement à un fil.

Les chirurgiens se récusant, on voit que nous avons le droit de traiter médicalement ces malades, pour lesquels nous ne pouvons d'ailleurs pas grand'chose.

On se souviendra, en tout cas, qu'il s'agit d'une affection compatible avec une longue survie; il est vrai que le dénouement étant souvent précipité par un incident banal (chute dans un escalier, plaie de jambe, bronchite, etc.), les patients doivent être entourés des plus grands soins.

Comme dans la majorité des faits, et nous venons d'en observer un récemment, c'est l'urémie qui joue le plus grand rôle dans les accidents terminaux, on traitera les malades en brightiques. Le traitement du gros rein polykystique se résume en deux mots : *abstention chirurgicale, traitement médical des néphrites chroniques.*

2° Nous n'insisterons pas sur la dégénérescence kystique chez le fœtus. Elle peut, par son volume, devenir une cause de dystocie. Le forceps ou la version sont loin de toujours suffire, la ponction reste insuffisante et l'accoucheur est quelquefois obligé d'en venir à l'éventration et au morcellement de l'enfant.

CHAPITRE XII

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE DU REIN

PAR

S. AUDRY

Médecin des hôpitaux de Lyon.

I

Indications générales.

Le rein, chez les phtisiques, peut être atteint de diverses façons; c'est tantôt la dégénérescence graisseuse ou amyloïde qui s'installe, tantôt une néphrite qui s'établit. Mais il existe une véritable tuberculose rénale, qui seule nous intéresse ici.

Il est naturel de distinguer dans cette dernière deux types distincts. Le premier correspond à l'envahissement de l'organe par les granulations miliaires, au cours d'une phtisie aiguë; le second comprend une série de lésions variables, évoluant d'une façon chronique (pyélo-néphrite tuberculeuse, infiltration par des noyaux tuberculeux qui s'ouvrent quelquefois dans les bassinets, hydronéphrose tuberculeuse, tuberculose massive du rein (Tuffier).

Du premier type nous ne dirons rien. Bien que Colin ait rencontré une granulie à forme primitivement rénale, on peut considérer cette tuberculose aiguë du rein comme un simple épisode anatomique au cours d'une infection contre laquelle on reste absolument désarmé. Nous n'avons en vue,