

c'est même là la raison pour laquelle la bière, dont l'élimination est extrêmement rapide, est contre-indiquée. Un passage massif de liquide, à travers le rein malade, le surmène, irrite au passage les épithéliums malades et peut rapidement devenir l'origine d'un réflexe congestif.

Tout autrement agit l'ingestion d'eau par la voie rectale. Là aussi bien qu'avec les injections interstitielles d'eau salée à 7 pour 1000 dans le tissu connectif, d'après la méthode de Sahli (de Berne), l'absorption est lente, progressive, et l'élimination par le rein se comporte de la même façon. — Les *grands lavements* d'eau ou les *lavements réitérés* d'eau (100 grammes par 100 grammes) constituent d'importants adjuvants dans la lutte contre l'intoxication interstitielle. L'excitation des fonctions de la peau par les *frictions sèches* suivies d'un bouchonnage avec l'alcool au tiers, même l'alcoolat de thym, jouent aussi un rôle important en assurant l'activité vicariante des glandes cutanées qui sont alors excitées. De plus, les bouchonnages alcooliques, en enlevant une certaine quantité de graisse, libèrent jusqu'à un certain point les orifices glandulaires. La graisse enlevée de la surface doit aussi se reproduire. Elle le fait par la voie des glandes sébacées. Comme les graisses sécrétées par ces dernières sont sensiblement chargées de matériaux toxiques, c'est là autant d'éliminé. Mais une détestable pratique, c'est l'emploi des *frictions térébenthinées*; elles excitent bien la peau, mais elles la vernissent.

Quant aux méthodes de *diaphorèse* : bains très chauds, bains de vapeur, action de la pilocarpine, elles sont dangereuses, les premières parce qu'elles créent la possibilité de refroidissement brusque, la seconde parce que la pilocarpine est toxique, sauf quand elle agit comme topique non absorbé, par la méthode d'Humbert Mollière, dont nous avons parlé plus haut.

D. — THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE DE L'URÉMIE CONFIRMÉE

Maintenant, malgré la lutte contre les petits accidents urémiques constituant la forme lente dont nous venons de parler, nous voici en présence d'une attaque urémique vraie. Les accidents éclatent, soit brusquement, au cours d'une albuminurie chronique longtemps poursuivie sans signes précurseurs d'imminence d'urémie, soit à la suite d'une lutte plus ou moins prolongée contre les menaces urémiques. Quelle sera la conduite à tenir? Ce sera exactement celle qu'il convient d'adopter dans les cas où l'urémie s'est produite au cours d'une néphrite aiguë. Les indications sont les mêmes; les chances de succès peuvent seulement devenir moins nombreuses, parce qu'on a affaire à un individu le plus ordinairement cachectisé par la longue période d'insuffisance rénale relative antérieure.

Si l'on a affaire à la forme *éclamptique* ou si l'on est en présence de la forme *comateuse*, on agira de façon à désencombrer le rein. Pendant qu'on y travaille, on cherchera à soutenir le cœur qui, dans ces cas, constitue le plus souvent l'organe où siège le danger majeur. La restitution partielle du cours des urines obtenu (si l'on y parvient), il est de règle d'adopter tout d'abord le régime lacté absolu, quitte ultérieurement à revenir à une diététique moins sévère. En même temps, on reprendra la lutte contre l'urémie incomplète. On combattra l'insuffisance urinaire. On se remettra à côtoyer l'urémie et à l'esquiver au jour le jour, si l'on ne peut faire mieux. Car il ne faudrait pas croire que l'accès d'urémie doit être fatalement suivi d'un autre à brève échéance. Chez nombre de malades, la survie peut être prolongée même des années. J'ai un exemple de néphrite interstitielle qui, après un accès d'urémie déclaré mortel par les consultants, a laissé vivre près de trois ans le patient qui mourut purement et simplement d'un ramollissement cérébral sénile. Chez d'autres, pendant un an, un an et demi, on

verra se succéder les accidents urémiques à expressions diverses reliés par des périodes de tolérance. Dans l'albuminurie chronique il faut lutter sans désarmer contre l'urémie.

Outre les formes convulsives et comateuses qui constituent la règle, l'urémie peut affecter d'autres formes dans les maladies chroniques du rein. C'est dans les néphrites chroniques du type interstitiel ou mixte qu'on les rencontre surtout. Dans la néphrite dégénérative, parenchymateuse prédominante des auteurs, c'est plutôt la *cachexie séreuse* qui termine la scène.

Dans la néphrite interstitielle, ou plutôt dans la forme à tendance atrophique prépondérante (car la néphrite interstitielle n'est pas une entité morbide), on peut voir éclater deux formes de l'urémie qu'on rencontre beaucoup plus rarement dans les néphrites aiguës, quoiqu'elles n'y soient pas exceptionnelles. Ces deux formes sont également redoutables : ce sont l'urémie dyspnéique et l'urémie qu'on pourrait appeler par œdème cérébral aigu.

La première est très individuelle dans ses manifestations symptomatiques; la seconde se relie à l'urémie comateuse par des intermédiaires insensibles, mais mérite qu'on en dise un mot.

Chacun connaît l'*urémie dyspnéique*. Elle est souvent annoncée par l'apparition du rythme de Cheynes-Stokes. Ce trouble du rythme respiratoire n'indique cependant pas fatalement l'imminence de l'urémie dyspnéique. On le rencontre fréquemment un peu avant l'urémie comateuse ou au cours de celle-ci. C'est là, en somme, un petit phénomène urémique respiratoire.

Ce qu'il faut distinguer absolument de l'urémie dyspnéique, c'est l'œdème pulmonaire des albuminuriques. Quand celui-ci précède les accès pseudo-asthmatiques, quand les bases, et surtout la gauche, se remplissent de râles muqueux, c'est là une indication des toniques cardiaques, de la digitale, employée coup sur coup avec les applications de sangsues

au carré des lombes. Mais dans l'urémie dyspnéique il n'y a, le plus souvent, point de râles d'œdème préexistant aux bases du poumon. Brusquement, la dyspnée survient et monte, devient intolérable, le malade semble se noyer dans l'air. En vain lui donne-t-on de l'oxygène; l'orthopnée, la soif d'air, l'anxiété énorme ne sont pas calmées. L'aspect de tels malades est lamentable. Tantôt le processus symptomatique est continu, tantôt il se produit par accès. Il s'agit ici d'une action des poisons sur le bulbe. J'ai pu constater une fois que le sang circulant renferme parfaitement la bande de l'hémoglobine oxygénée.

Cette forme de l'urémie motivera, au plus haut degré, l'action déplétive sur le rein. Bien qu'elles soient inefficaces au point de vue de la dyspnée subjective éprouvée par les malades, les inhalations d'oxygène sont aussi indiquées. Mais, symptomatiquement parlant, ce qu'il faut calmer, c'est le besoin subjectif de respirer. Les malades se comportent exactement comme ceux atteints de bronchite capillaire. Ils congestionnent (et cela est facile chez un albuminurique) rapidement leurs poumons par leurs inspirations profondes, incessantes, disproportionnées avec les forces des appareils musculaires inspireurs.

Le poumon alors ne tarde pas à se remplir de sifflements et de râles d'œdème ici secondaires et, notons-le bien, créés artificiellement par le surmenage respiratoire. C'est souvent par cet encombrement provoqué des poumons qu'ils arrivent à mourir asphyxiés par l'écume bronchique. Il faut donc calmer à tout prix la dyspnée bulbaire, en même temps qu'on essaie de désobstruer le rein. Pour cela, le *nitrite d'amyle* ou l'*iodure d'éthyle*, qui congestionnent le segment céphalique et créent un sentiment subjectif de liberté respiratoire, reçoivent une réelle indication.

Dans le même ordre d'idées, l'*injection de morphine*, tout en agissant autrement, paraît avoir été à bon droit préconisée par Stephen Mackenzie. Des inhalations d'éther bien surveillées, voire même, le cas échéant, des injections sous-cutanées,

me semblent susceptibles de rendre de réels services. L'éther en injection sous-cutanée, en effet, est à la fois anesthésique, excitateur des mouvements du cœur et, de plus, il empêche dans une certaine mesure le système nerveux central de réagir sous l'incitation des poisons.

L'urémie par œdème cérébral est, comme je l'ai dit plus haut, une modalité plus accusée de l'urémie comateuse. J'émetts cette assertion parce que, dans tous les cas d'urémie comateuse que j'ai autopsiés, j'ai trouvé de l'œdème sous-piémérien. Mais ici il s'agit d'un œdème aigu, intense, pouvant donner lieu à un ictus (apoplexie séreuse des anciens), à des convulsions précoces, à des contractures. D'autres fois, on aura du délire accentué, parfois furieux, avec une série de symptômes pseudo-méningitiques, la température étant basse, hypothermique. En pareil cas, en même temps qu'on agit sur le rein, on peut aussi chercher à lever la pression intra-cranienne par des applications de sangsues aux apophyses mastoïdes, mieux encore par des lavements purgatifs réitérés, non point pour déterminer une dérivation intestinale et une évacuation des toxines par les selles, mais pour congestionner artificiellement les viscères abdominaux et essayer de rompre la continuité du mouvement congestif aboutissant ailleurs à l'œdème cérébral intense.

Reste une dernière série d'accidents qui se rencontrent à peu près exclusivement dans l'urémie lente des néphrites chroniques. Ce sont les *accidents gastro-intestinaux*.

Les malades sont en proie à une anorexie absolue; puis surviennent des vomissements alimentaires, muqueux ou bilieux. Les vomissements sont plus ou moins fréquents; ils se produisent souvent même à jeun, le matin au réveil; parfois ils deviennent extrêmement répétés et véritablement incoercibles. Fréquemment aussi, soit en même temps que les vomissements, soit en leur absence, il existe de la diarrhée, laquelle est abondante, séreuse et, dans quelques cas, dysentérique. Les malades qui présentent ces troubles gastro-intestinaux ont parfois une odeur ammoniacale de l'haleine.

Dans ce cas, les matières évacuées renferment du carbonate d'ammoniaque provenant de la fermentation de l'urée éliminée en abondance par l'émonctoire intestinal. Lorsque de pareils accidents durent déjà depuis un certain temps, qu'ils vont en s'accroissant et qu'ils sont associés à d'autres symptômes urémiques, il est rare qu'ils n'annoncent pas une terminaison prochainement fatale. Il faut cependant essayer de les combattre.

En ce qui concerne la *diarrhée*, à moins qu'elle ne soit d'une intensité exceptionnelle, elle demande à être *respectée*.

Du reste, quand elle existe seule, elle n'a pas la même gravité que lorsqu'elle accompagne les vomissements. Elle est l'indice de l'exaltation de la fonction vicariante de l'intestin et elle peut amener par elle-même une amélioration notable dans l'état du malade. Si l'on est obligé d'agir contre la diarrhée, on s'efforcera plutôt de la modérer que de la supprimer complètement, au moyen de petites doses de *salicylate de bismuth* par exemple ou de la *limonade lactique*, comme l'a conseillé Hayem.

Quant aux *vomissements*, qui sont une cause d'épuisement pour les malades et qui les jettent quelquefois dans le collapsus, il faut aussi lutter contre eux. On essaiera d'abord des moyens ordinaires : *potion de Rivière*, *champagne frappé*, *glace* en petits fragments, etc.; mais ces moyens échouent le plus souvent. Il vaut mieux (et cela répond davantage aussi à l'indication qui résulte de la pathogénie des accidents) faire le *lavage de l'estomac*, soit en faisant ingérer aux malades des boissons chaudes abondantes qui délayeront le contenu stomacal et seront rejetées avec lui par les vomissements, soit en introduisant le tube de Faucher et, par son intermédiaire, de l'eau bouillie ou de l'eau rendue légèrement antiseptique par l'adjonction d'un millième d'*acide salicylique* (Hayem). On a encore proposé la *teinture d'iode*, 1 ou 2 gouttes dans une cuillerée d'eau; la *créosote*, à la même dose et de la même façon (Bartels); l'*acide lactique*, 2 à 6 grammes dans une potion (Lecorché et Talamon). Enfin, lorsqu'on constate qu'il se

fait par le tube digestif et par la peau une abondante élimination de carbonate d'ammoniaque, on peut avoir recours au traitement de Frerichs : *eau chlorée, acide benzoïque* à l'intérieur, *lavements et lotions vinaigrées*.

C'est dans l'urémie gastro-intestinale que les malades, affectés de néphrites chroniques du type dominant interstitiel ou mixte présentent au plus haut degré les apparences de cachexie. Comme cette forme de l'empoisonnement par les matières extractives de l'urine retenues dans les tissus est à la fois de longue évolution et empêche, en outre, l'alimentation par les quelques ingesta tolérés par les autres albuminuriques, il en résulte que le malade devient plus ou moins rapidement en proie à un amaigrissement considérable, contrastant parfois avec l'œdème des membres inférieurs.

Son trophisme cutané et celui des muqueuses du type malpighien (bouche, œsophage, vagin, etc.) deviennent alors extrêmement précaires. Toutes les glandes éliminent des produits toxiques. L'odeur de la peau, celle de l'haleine sont fétides au plus haut degré. Des ulcérations se montrent dans la bouche à la sertissure des dents, sur les grandes lèvres chez la femme. Elles sont douloureuses et constituent des portes d'entrée aux parasites quelconques. L'érysipèle, le muguet, développé d'emblée ou sur une stomatite aphteuse, jouent alors le rôle d'accidents intercurrents redoutables. De même, des ulcérations urémiques existent fréquemment dans l'estomac, l'intestin.

En même temps donc qu'on essaye de désobstruer le rein et de satisfaire à l'alimentation, alors si réduite dans ses moyens, par de véritables artifices que le médecin doit imaginer au jour le jour, il convient d'assurer, autant que possible, l'*antisepsie* des parties qui sont déjà le siège de lésions et l'*asepsie* des surfaces non atteintes encore.

Pour la peau, les toilettes à l'eau boriquée à 40 p. 1000, suivies de poudrages des plis cutanés et des points du tégument qui subissent des pressions habituelles, empêcheront fréquemment la production de cet ecthyma des urémiques qui

si souvent est une cause de mort. Pour la bouche, ce seront des lavages avec de l'eau additionnée d'une certaine quantité de teinture de quinquina ou de cochléaria, de salol. Les ulcérations gingivales seront touchées avec la teinture d'iode dédoublée de son volume d'alcool de menthe, etc. Le vagin, le pourtour de l'anus et du rectum devront être l'objet de lavages minutieux à l'eau boriquée. On pourra de la sorte éviter des complications hâtant le résultat fatal.

Malheureusement, on ne saurait en dire autant pour l'*antisepsie des voies digestives*, qui est ici impossible tout comme ailleurs. Car on peut très bien désodoriser des matières fécales, comme l'a fait Bouchard; mais autre chose est de rendre le tube digestif réellement aseptique! Il faut donc chercher patiemment des aliments qui soient tolérés et, en même temps, possédant une véritable valeur nutritive. Parfois alors, le médecin sera amené à rompre absolument avec les données théoriques de l'alimentation, telle qu'elle est réglée pour un albuminurique à la période de tolérance. Le lait n'est plus supporté; il est rejeté souvent par les vomissements incomplètement coagulé. On ne peut songer, vu leur peu d'efficacité et vu l'état de l'intestin, aux lavements alimentaires. Il faut alors revenir au *bouillon* — au bouillon de viande sans os, fait avec accompagnement de légumes, — et y mêler des œufs, des farines azotées de légumineuses. Parfois aussi, l'oppression réelle des forces oblige à revenir à une petite quantité de vin.

Durant ce temps, on cherche encore à agir sur le rein, à lever son encombrement par les moyens déplétifs, souvent à cette période réduits aux ventouses sèches. Bref, on lutte jusqu'au bout et parfois, rarement cependant, on voit les phénomènes gastro-intestinaux s'amender et une période de semi-tolérance se produire, durer même et faire suite à un autre mode d'expression de l'insuffisance rénale relative. On ne doit jamais abandonner un urémique à son intoxication, même dans les cas qui semblent de prime abord désespérés. Telle est du moins la conclusion de mes études personnelles,

déjà nombreuses, sur le traitement de l'urémie, — conclusion dont je voudrais faire un aphorisme, tant je la crois légitime et utile aussi. Devant l'urémie, qui est une intoxication, j'estime qu'il faut d'abord gagner du temps, comme dans un empoisonnement vulgaire, et se souvenir constamment aussi que très souvent, à la longue, quand la vie peut être maintenue, malgré la présence d'un poison dans le milieu intérieur, on voit tout à coup s'ouvrir devant lui les émonctoires éliminateurs, fermés pendant sa période de plus grande action. Cela arrive même pour le rein malade, alors que l'excitabilité du système nerveux finit par devenir moindre et qu'il ne congestionne plus par action toxique, de manière à les annuler temporairement, les systèmes glomérulaires subsistants. Que le praticien, en face d'un cas d'urémie, parte donc toujours de ce principe qu'en dehors de certains cas très exceptionnels il y a encore dans la substance corticale du rein assez de voies libres ; que le vrai problème consiste à les ouvrir et, en attendant, à trouver des expédients pour empêcher le système nerveux d'amener la mort par la série de ses actions aberrantes inhibant les grandes fonctions de la vie. En raisonnant ainsi, on obtiendra des succès nombreux dans la thérapeutique de l'urémie. J'estime que ceux-ci, pour temporaires et précaires qu'ils soient bien souvent, ne doivent jamais motiver le dédain du praticien.

CHAPITRE XV

TRAITEMENT DE L'HÉMOGLOBINURIE

PAR

ALBERT ROBIN

de l'Académie de médecine.

I

Les traitements actuels de l'hémoglobinurie.

Il n'existe pas encore de traitement rationnel de l'hémoglobinurie. Aucun de ceux qui ont été proposés n'est entré dans la pratique d'une manière définitive. C'est que, pour établir un traitement rationnel, il est indispensable d'avoir une idée sur l'acte pathogénique primordial ou, tout au moins, sur les enchaînements successifs qui partent de cet acte pour réaliser la maladie. Or, l'on s'entend fort mal sur la pathogénie de cette curieuse affection et il suffit de se reporter à la discussion qui a eu lieu à la Société médicale des hôpitaux, en 1888, pour avoir une idée des divergences qui séparent encore ceux qui semblent le mieux connaître la question. La thérapeutique procède de ces incertitudes ; on a successivement employé le sulfate de quinine, le quinquina, les préparations ferrugineuses, l'ergotine et l'ergot de seigle, la teinture d'eucalyptus, les strychniques, le jaborandi et la pilocarpine, l'acide gallique, divers sels ammoniacaux, le mercure et l'iode de potassium, l'acide sulfurique, etc., etc.

Dickinson a employé sans succès les ventouses sur la