

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

région lombaire, les bains de vapeur, l'acide gallique, la quinine et le fer. Harley se loue du mercure et du sulfate de quinine. W. Gull conseille la teinture de quinquina. Hassall dit avoir réussi avec un mélange d'acide gallique, d'acide tannique et d'alun, associé à une mixture composée de quinquina, de sulfate de fer et d'acide sulfurique. L. Beale s'adresse au sulfate de quinine seul, et Habershon au sulfate de quinine associé à l'arsenic. Begbie préfère le chlorhydrate d'ammoniaque; Ritchie, les boissons chaudes et alcooliques et le repos; Charteris, la pilocarpine. Enfin Murri vante le mercure ou, pour mieux dire, le traitement antisiphilitique.

Dans un autre ordre d'idées, Barlow propose d'habituer peu à peu les sujets à l'action du froid et il cite le cas d'un enfant qui parut tirer un certain bénéfice de l'usage des bains froids. Ralfe recommande, au contraire, les bains de mer chauds et les douches d'eau tiède. Fraentzel voudrait, comme Barlow, une méthode d'aguerrissement commençant par des frictions d'eau salée chaude et arrivant graduellement aux enveloppements froids.

Aucun de ces traitements n'a réussi à entrer dans la pratique et chacun d'eux compte plus d'insuccès que de réussites. Ainsi, Morris n'a rien obtenu avec l'acide tannique; Lichtheim a échoué avec le sulfate de quinine; Mackensie avec le perchlorure de fer, et nombre d'autres déclarent que les pratiques hydrothérapiques aggravent la maladie.

II

Pathogénie et divisions de l'hémoglobinurie.

Il importe donc de fixer, dans la mesure du possible, la pathogénie de l'hémoglobinurie, puisque les médications d'ordre purement symptomatique n'ont qu'une raison d'être simplement accessoire et que c'est la pathogénie seule qui doit fixer les indications du traitement.

Je crois en avoir posé les éléments dans des recherches

publiées il y a quelques années et que l'on peut résumer ainsi qu'il suit¹. Cette affection est engendrée par le concours de deux facteurs : le premier, préparatoire, est une altération de la nutrition héréditaire, acquise ou d'origine névropathique, diminuant la vitalité et conséquemment la résistance des globules rouges du sang; le second, déterminant, est un accès de congestion rénale.

Le trouble nutritif qui constitue la condition prédisposante essentielle de l'hémoglobinurie n'est pas unique ni toujours semblable à lui-même. Sur quarante cas, j'ai pu en déterminer la cause exactement vingt-six fois. Il dépend, par ordre de fréquence, de la syphilis, de l'impaludisme, du rhumatisme et de l'anémie. La nature intime de ce trouble de la nutrition échappe d'autant plus souvent à l'analyse que nous connaissons moins les variations nutritives causées par les procédés morbides dont il vient d'être question.

Mais, en dehors d'eux, c'est-à-dire chez des malades qui ne présentent aucune des étiologies précédentes, je connais deux variétés de troubles nutritifs qui doivent être rangées parmi les causes prédisposantes de l'hémoglobinurie. C'est, d'une part, l'excès de la désassimilation azotée et, d'autre part, la déminéralisation organique exagérée. J'ai fourni en 1888 un exemple typique de la première variété. Quant à la seconde, j'en connais actuellement cinq observations, où le coefficient de déminéralisation organique s'est élevé au-dessus de 43 p. 100, tandis que sa moyenne normale ne dépasse pas 30 p. 100. On tenta de compenser par un traitement approprié les pertes salines si exagérées de l'organisme et cette thérapeutique fut suivie d'un plein succès.

Il est aisé de concevoir que, si l'on avait traité ces malades par une méthode banale, on ne serait arrivé à aucun résultat et que, par contre, on n'obtiendrait aucun effet si l'on traitait

1. ALBERT ROBIN. — De l'hémoglobinurie paroxystique provoquée par la marche (*Société médicale des hôpitaux*, 1888). — Anatomie pathologique, pathogénie et traitement de l'hémoglobinurie (*Ibid.*). — Voir aussi DELABROSSE. — De l'hémoglobinurie (*Thèse de Paris*, 1889).

de cette façon les hémoglobinuriques avec excès de la désassimilation azotée.

L'acte rénal congestif n'est presque jamais spontané. Le plus souvent il est provoqué par le refroidissement, plus rarement par la marche ou tel exercice du corps pratiqué avec excès.

Considérées au point de vue qui précède, les diverses catégories d'hémoglobinurie tendent à s'unifier et leur pathogénie s'est simplifiée assez pour qu'on puisse proposer leur classification en deux groupes :

1° Les *hémoglobinuries vraies*, qui réclament deux actes pathogéniques associés : l'un général et prédisposant, l'autre rénal et déterminant. Ce groupe comprend :

A. — Les hémoglobinuries paroxystiques provoquées par le froid ou par la marche. La modification nutritive antécédente est produite par la syphilis, l'impaludisme, le rhumatisme, l'uricémie, l'excès de la dénutrition azotée, la déminéralisation organique, etc., ou par tout autre acte influençant les échanges, de façon à diminuer la résistance des globules rouges, soit directement, soit indirectement, en altérant le milieu conservateur dans lequel ils vivent. L'acte déterminant, la poussée congestive rénale, qu'il soit direct ou réflexe, a pour caractère essentiel d'être passager; c'est un mouvement d'ordre fluxionnel, dont l'instantanéité suivie d'une prompte détente cause et caractérise l'allure paroxystique de cette variété.

B. — Si l'acte rénal prend la forme d'un mouvement congestif réel et durable, l'hémoglobinurie ne sera plus paroxystique; elle durera un certain temps et pourra se terminer par une néphrite d'origine congestive. C'est l'*hémoglobinurie pré-brightique*.

C. — On conçoit qu'une poussée congestive puisse se produire dans le rein au cours d'une maladie de cet organe, de la maladie de Bright par exemple, et évoluer plus ou moins rapidement. C'est l'*hémoglobinurie méta-brightique*.

D. — Enfin, j'ai cité une observation où l'accès d'hémoglobi-

nurie était survenu à la période ultime de la maladie de Bright. C'est l'hémoglobinurie *post-brightique*¹.

2° Le second groupe comprend les *hémoglobinuries d'origine toxique*. La diminution de résistance des hématies entre seule ici en ligne de compte. Tout poison assez violent pour les détruire dans l'intérieur des vaisseaux eux-mêmes sera capable de produire à lui seul l'hémoglobinurie. Et si les autopsies ont alors révélé des altérations rénales, celles-ci étaient secondaires, soit à l'élimination du poison destructeur des hématies, soit à l'irritation produite par l'excrétion d'un produit aussi anormal pour le rein que l'hémoglobine.

La conclusion qui s'impose, c'est qu'il n'existe pas de traitement de l'hémoglobinurie, mais bien des traitements afférents aux diverses causes de celle-ci.

III

Traitement des hémoglobinuries.

Le médecin qui se trouve en présence d'un hémoglobinurique doit faire une enquête minutieuse sur son malade, rechercher de quelle affection prédisposante (syphilis, impaludisme) il a été atteint, et effectuer ensuite les investigations chimiques qui peuvent le renseigner sur l'état de la nutrition. Certes, il ne s'agit pas là de médecine facile, non plus que de médecine à la portée de la majorité des praticiens; car toutes ces recherches chimiques sont compliquées et exigent un laboratoire bien outillé; mais, sans leur concours, il est bien difficile de faire une thérapeutique rationnelle et l'on demeure fatalement dans l'empirisme le plus vague.

Le traitement comprendra d'abord les moyens de combattre la cause générale de l'hémoglobinurie.

1° Si la *syphilis* est en cause, on usera du traitement spécifique classique, à la condition de le conduire avec modération, sous peine de fatiguer le malade et de créer chez lui

1. Ces variétés ont été récemment étudiées par mon élève M. BÉCART. — Des hémoglobinuries brightiques. — Thèse de Paris, 1893.

une prédisposition d'un autre ordre. Aussi, je conseille la méthode très précise et très facilement dirigeable des *injections mercurielles hypodermiques* de bi-iodure de mercure; soit 0^{sr},30 de bi-iodure, dissous dans 30 grammes d'huile stérilisée injectée à la dose d'un gramme par jour dans l'épaisseur des muscles de la fesse. Vers le dixième jour, commencer à donner l'iodure de potassium à la dose de 2 grammes par jour et augmenter progressivement jusqu'à 6 grammes, dose parfaitement suffisante.

2° En cas d'*impaludisme*, conseiller le *sulfate de quinine* associé à l'*extrait de quinquina*; donner la macération de quinquina comme boisson pendant les repas. Et comme il s'agit presque toujours d'impaludiques anciens et plus ou moins anémiés, l'usage des *préparations ferrugineuses* devra intervenir à un moment donné pour compléter la cure.

3° Chez les *anémiques*, on emploiera la médication *ferrugineuse*, par exemple le perchlorure de fer, le glycéro-phosphate de fer et les préparations de quinquina. Citons la formule suivante :

℥ Glycérophosphate de fer	0,10 centigrammes.
Poudre de rhubarbe	0,05 —
Extrait de quinquina	0,10 —

Pour une pilule. Prendre une au milieu du déjeuner et du dîner.

4° Chez les malades où l'*excès de la désassimilation azotée* et l'*uricémie* constituent le trouble nutritif prédisposant, l'*antipyrine*, l'*arséniat de soude*, le *benzoate de soude*, le *régime*, formeront les éléments de la médication générale. Par exemple, le malade prendra pendant 15 jours au réveil et un quart d'heure avant son dîner une grande cuillerée d'une solution d'arséniat de soude à 0^{sr},05 pour 300 grammes d'eau distillée. — Trois heures après son déjeuner, une cuillerée à soupe de la potion suivante dans une tasse d'infusion de *spirœa ulmaria* :

℥ Benzoate de soude	3 grammes
Sirop de fleurs d'orangers	30 —
Hydrolat de tilleul	90 —

F. s. a. Potion

Ces quinze jours écoulés, on donnera pendant 3 jours, une heure avant le déjeuner et le dîner, un des paquets ci-dessous :

℥ Antipyrine	0,50 centigrammes.
Bicarbonate de soude	0,25 —

Pour un paquet. Faites 6. — Dissoudre dans un peu d'eau de Seltz.

Puis, après une semaine de repos, on reprendra la première série du traitement et ainsi de suite, jusqu'à ce que les analyses de l'urine confirment la diminution ou la disparition du trouble nutritif.

5° Mais où j'ai obtenu les meilleurs succès, c'est dans les cas où le trouble nutritif prédisposant s'accompagnait de *déminéralisation plasmatisque*. Dans ces circonstances, il convient d'administrer au commencement ou au milieu des repas, suivant la susceptibilité de l'estomac, un cachet contenant l'association minérale suivante :

℥ Chlorure de sodium	27 grammes.
— de potassium	20 —
Phosphate de soude	4 ^{sr} ,50
Phosphate de potasse	12 —
Glycéro-phosphate de chaux	2 —
— de magnésie	4 ^{sr} ,50
Sulfate de potasse	2 —
Glycéro-phosphate de fer	1 —
Poudre d'hémoglobine	5 —

Divisez cette quantité en 80 cachets. — Prendre un à deux cachets au commencement du déjeuner et du dîner.

On continuera ce traitement pendant vingt à trente jours avant de pratiquer une nouvelle analyse de l'urine. On le recommencera si cette analyse dénotait encore une élévation trop exagérée du coefficient de déminéralisation organique.

La syphilis, l'impaludisme, l'anémie, la désassimilation azotée exagérée, la déminéralisation organique, ne sont certainement par les seuls troubles de nutrition d'où puisse dépendre l'hémoglobinurie; mais ce sont les seuls que je connaisse actuellement; aussi les traitements qui précèdent

devront-ils être complétés au fur et à mesure que l'on découvrira d'autres altérations de la nutrition prédisposant à la dissolution globulaire.

Mais nous savons que le concours d'un second facteur est indispensable pour produire l'hémoglobinurie. Ce facteur, c'est la congestion rénale.

Il importe donc de rechercher les causes qui peuvent la produire, afin de soustraire le malade à leur influence. Dans quarante observations, j'ai pu relever la cause locale déterminante :

Refroidissement.	25 cas.
Marches, fatigues, efforts.	10 —
Marche et refroidissement.	1 —
Traumatisme lombaire.	2 —
Excès vénériens.	1 —
Excès alcooliques.	1 —

Par conséquent, le malade sera tenu au repos; il évitera sévèrement toute occasion de refroidissement et sera vêtu de flanelle. On supprimera aussi les boissons alcooliques et l'on engagera l'hémoglobinurique à s'abstenir pendant un certain temps de tout acte vénérien.

Il faudra aussi surveiller de très près l'alimentation et soumettre chaque malade à un régime qui variera suivant l'affection générale prédisposante que l'on aura dépistée. En tout état de cause, les aliments oxaliques (oseille, tomates, haricots verts, etc.), ceux qui contiennent beaucoup de matières extractives (viandes marinées, charcuterie, aliments fermentés, etc.), ceux qui exercent une action spéciale sur le rein (asperges, épices, thé, café, bière, etc.) devront être interdits.

Pendant les *paroxysmes*, le séjour au lit et le régime lacté feront tous les frais de la médication.

Les *pratiques hydrothérapiques* ne devront être utilisées qu'avec la plus grande réserve. Elles seront dirigées, non pas contre l'hémoglobinurie considérée en elle-même, mais contre le trouble nutritif prédisposant. C'est ainsi qu'elles ont rendu

des services chez les paludéens larvés, tandis que je n'ai pas eu à m'en louer chez les syphilitiques.

Quant aux *eaux minérales*, leurs indications sont les mêmes que celles de l'hydrothérapie, c'est-à-dire qu'elles varient suivant la nature de l'affection prédisposante qui doit être traitée indépendamment de l'hémoglobinurie.