

un outillage spécial; de rendre facile l'asepsie de l'instrument, puisqu'il suffit de rougir l'aiguille; de permettre l'application immédiate sur la plaie de compresses stérilisées, qui sont changées toutes les quatre ou cinq heures. Il s'écoule ainsi une grande quantité de liquide; la peau, couverte de compresses aseptiques, qui absorbent la sérosité, non irritée par le contact permanent d'un tube, ne s'enflamme pas et même se cicatrise très vite. Le plus souvent, en effet, au bout de deux à trois jours, les petites plaies sont refermées; on fait de nouvelles piqûres dans les régions voisines et l'on peut ainsi, par cette série de mouchetures, retirer, en quelques jours, plusieurs litres de sérosité. Nous croyons donc que ce procédé s'impose, par sa simplicité, son innocuité et son activité, mais il ne doit être employé cependant, comme d'ailleurs les autres mouchetures, que dans les cas où l'on peut maintenir le malade dans un état de propreté rigoureuse; dans le cas contraire, il faut savoir se dispenser des mouchetures, qui ne sont alors qu'une source continuelle d'accidents infectieux.

ANÉMIE. — La tendance à l'anémie qu'ont les malades atteints de néphrite est marquée dans toutes les formes cliniques. Il faut donc, dès qu'on commence à soigner un de ces malades, prévenir l'anémie et ne pas attendre qu'elle ait atteint un degré très prononcé. Nous n'insistons pas sur l'intérêt qu'il y a à ne pas prendre pour des chlorotiques simples les jeunes filles atteintes de néphrite chronique avec anémie, et nous renvoyons à la suggestive leçon de M. Dieulafoy, pour montrer combien sont dangereux, pour cette catégorie de malades, les régimes spéciaux souvent prescrits dans la chlorose.

La règle thérapeutique doit être la suivante: en présence d'une néphrite chronique, on doit prévenir l'anémie, si elle n'existe pas, et la soigner par un traitement actif, si elle existe.

Les sels de fer pourront être employés, mais avec précaution; on observe souvent, au cours du traitement martial, chez ces malades, des poussées rénales congestives; MM. Lecorché et Talamon rapportent l'observation d'une malade, chez laquelle l'absorption d'un seul verre d'eau de Bussang produisait de l'hématurie. Quant aux modes de préparations ferrugineuses, elles varient avec chaque auteur; les uns prescrivent plutôt le tartrate ferrico-potassique, sous forme de pilules dosées à 10 centigrammes. D'autres préfèrent l'iodure, le lactate ou le protoxalate de fer. Ce dernier sel sera, avec avantage, associé à la rhubarbe, de la façon suivante:

Protoxalate de fer..... } aa 0<sup>gr</sup>,10  
Poudre de rhubarbe..... }

Pour un cachet. — Deux par jour.

Quelle que soit la préparation ferrugineuse employée, il sera nécessaire d'interrompre de temps en temps le traitement et d'adjoindre à la médication martiale différents reconstituants.

MM. Lecorché et Talamon donnent le quinquina qui, pour eux, est un des meilleurs adjuvants du fer, en même temps qu'un stimulant des voies digestives et un astringent, dont l'action est comparable à celle du tanin. Gamberini préconise les amers et, en particulier, la noix vomique. Lauder-Brunton conseille l'arsenic comme reconstituant et comme modificateur de la nutrition; nous dirons l'avantage que, pour notre part, nous attendons de l'emploi du cacodylate de soude; d'ailleurs, MM. Widal et Merklen ont montré quels services cette médication rendait dans les anémies en général. Au traitement martial, on pourra adjoindre des préparations de kola formulées de la façon suivante:

Extrait fluide de kola..... }  
— — de coca..... } aa 20 grammes.  
— — de kina..... }

A prendre par cuillerées à café à la fin des principaux repas.

Enfin, on pourra faire inhaler au malade de 25 à 30 litres d'oxygène, au minimum, par jour; les inhalations seront faites, de préférence, en deux fois: l'une le matin, l'autre le soir. M. Brault, qui conseille beaucoup ce traitement oxygéné, croit que, de toutes les médications, c'est peut-être celle qui est appelée à rendre le plus de services, parce qu'elle agit non seulement sur l'anémie, mais encore sur l'ensemble de la nutrition.

Jusqu'à présent, nous avons étudié la conduite à tenir en présence des différents symptômes qui peuvent devenir prédominants, et constituer par eux seuls un véritable danger, au cours des néphrites. Cette médication n'a rien de scientifique, puisqu'elle s'adresse exclusivement aux symptômes et que nous savons bien qu'il ne suffit pas pour guérir une maladie de faire disparaître un de ses symptômes, mais qu'il est nécessaire de s'attaquer à sa cause même. Évidemment, en faisant disparaître l'albuminurie d'un sujet, on ne guérit pas sa néphrite, pas plus qu'en faisant cesser la fièvre d'un tuberculeux, on ne guérit sa phtisie. Mais il est certain que, si la fièvre à cause de son intensité, l'albuminurie à cause de son abondance, deviennent dangereuses, le médecin qui, faisant de la médication symptomatique, diminue la fièvre ou l'albuminurie, rend un grand service à son malade. Si donc, en étudiant longue-

ment le traitement de tous les symptômes des néphrites, nous n'avons pas fait, à proprement parler, œuvre scientifique, nous croyons, tout au moins, avoir fait œuvre utile, et c'est ce que nous nous proposons, avant tout, en écrivant ce chapitre de thérapeutique pratique. Il est évident qu'un médecin appelé pour la première fois auprès d'un malade atteint de néphrite peut se trouver d'emblée en présence de symptômes tellement graves, qu'il doit les traiter tout de suite, avant même souvent de savoir en présence de quelle variété étiologique ou clinique de néphrite il se trouve. Mais, le danger passé, le médecin ne doit pas se contenter d'avoir guéri un symptôme, il devra se renseigner sur les débuts de la maladie, savoir depuis quand a commencé la néphrite, comment elle a évolué, quel est l'état de la perméabilité rénale, afin d'établir un traitement rationnel. La nécessité, l'urgence peut donc forcer le thérapeute à faire de la médication symptomatique au cours des néphrites, mais le seul traitement judicieux doit être fondé sur l'étude clinique de la néphrite, et s'adresser, non pas à un des symptômes, mais, s'il est possible, à l'essence même de la maladie. Notre devoir est donc, après avoir montré quel traitement nécessite chaque symptôme, après avoir, pour ainsi dire, fait l'analyse du traitement des néphrites, d'en faire la synthèse, c'est-à-dire d'envisager séparément les différentes formes cliniques et de montrer quel traitement d'ensemble nécessite chacune d'elles.

#### TRAITEMENT DES NÉPHRITES AIGÜES

Au point de vue thérapeutique, on doit entendre, avec M. Brault, 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 sont toujours dues à une intoxication ou à une toxi-infection, dont les principes nocifs sont généralement encore en circulation dans le sang, lorsqu'on constate l'existence de la néphrite. De cette donnée pathogénique essentielle découlent des indications que l'on devra, dans tous les cas, avoir présentes à l'esprit : puisque l'organisme est saturé de poisons, le premier devoir thérapeutique doit être de contribuer activement à l'élimination de toutes les substances toxiques, en même temps qu'on en introduira

le moins possible dans l'organisme, par l'alimentation et les médicaments. En somme, le devoir du médecin en présence d'une néphrite aiguë, pourrait être résumé dans les quatre propositions suivantes :

- 1° Neutraliser ou éliminer les poisons, causes de la néphrite;
- 2° Diminuer l'apport des substances toxiques;
- 3° Prévenir les accidents urémiques qui constituent le danger immédiat;
- 4° Surveiller avec soin la convalescence.

NEUTRALISER LES SUBSTANCES TOXIQUES QUI ONT CAUSÉ LA NÉPHRITE. — Si cette indication était toujours réalisable, la thérapeutique des néphrites aiguës serait extrêmement simple. Il est très rare, en effet, que la glande rénale soit altérée dans tous ses éléments à la fois; MM. Cornil et Brault ont signalé ce fait très important au cours des néphrites expérimentales, à savoir que la substance irritante lèse certains lobules des reins, à l'exclusion de certains autres qui restent sains. Dans une de ses leçons cliniques sur la pathogénie des néphrites, M. Chauffard a montré, à l'occasion d'une intoxication par le sublimé, que des toxémies même très nocives peuvent, pourvu qu'elles soient de courte durée, ne léser que certaines unités rénales et respecter les autres. En somme, il découle de ces faits que c'est la prolongation de la toxémie qui constitue le grand danger dans les néphrites aiguës. Il est donc évident qu'en supprimant la cause de la néphrite, on sauve de la destruction un certain nombre de lobules rénaux qui n'ont pas encore été lésés et l'on permet aux autres de se régénérer.

Dans certains cas, cette indication est facile à remplir : si le malade a absorbé réellement un poison minéral qui se trouve encore (en partie du moins) dans l'estomac ou l'intestin, comme cela peut se faire dans les empoisonnements par le phosphore, le sublimé ou l'arsenic, alors les vomitifs, les lavages de l'estomac et de l'intestin permettront d'éliminer dans un délai assez court la plus grande partie des substances toxiques. De même, en présence d'une néphrite aiguë, due à une toxi-infection, ayant pour point de départ un abcès ou un phlegmon, le premier devoir sera de donner rapidement et largement issue au pus, en supprimant ainsi la toxémie, et l'on entravera la marche de la néphrite aiguë.

Il y a donc des cas, et nous pourrions en citer bien d'autres exemples, où il sera facile de supprimer la cause de l'intoxication. Malheureusement, le plus souvent, on ne peut s'attaquer directement à la cause déterminante des lésions rénales. La néphrite aiguë est le plus souvent causée par une toxi-infection dont le point de départ siège dans un organe profond de l'organisme, ou bien encore