

cure d'eau minérale : Évian ou Vittel permettront de débarrasser les reins des épithéliums mortifiés qui peuvent encore les encombrer ; Saint-Nectaire, d'après M. A. Robin, rendrait de grands services dans les albuminuries consécutives à la fièvre typhoïde, la scarlatine ou la diphtérie. Enfin, si les malades ont été fortement anémiés par leur néphrite, une cure à Spa, à Forges ou à Bussang leur sera très utile, à condition toutefois que leurs voies digestives soient dans un bon état de fonctionnement.

Mais il ne faut pas se hâter, alors même que l'albumine a disparu de l'urine depuis plusieurs mois, de déclarer au malade qu'il est définitivement guéri. Il faut, à ce sujet, se rappeler les sages prescriptions de MM. Lecorché et Talamon qui recommandent de n'affirmer la guérison complète qu'en présence d'un ensemble de symptômes, dont la constatation est nécessaire. Il faut, disent-ils avec raison, que l'albuminurie disparaisse complètement ; que la polyurie critique cesse et que, cependant, la quantité d'eau excrétée soit normale ; que la proportion des matériaux extractifs remonte à la normale et y reste ; que le cœur ne s'hypertrophie pas ; que la tension artérielle reste normale.

Si cet état persiste plusieurs années après le début de la néphrite aiguë, on peut affirmer la guérison complète ; dans le cas contraire, on redoutera toujours le passage à l'état chronique. Nous ajouterons que l'on devra toujours, pendant la convalescence d'une néphrite aiguë, rechercher de temps à autre l'état de la perméabilité rénale par le procédé du bleu de méthylène combiné à la phlorizine. Mongour et Buard ont insisté sur ce point, et ils conseillent de pratiquer de temps en temps ces deux épreuves et celle de la glycosurie alimentaire, pendant la convalescence des néphrites aiguës. C'est, à leur avis, le meilleur procédé pour surveiller l'évolution des lésions rénales.

Par ces différents procédés, employés simultanément, on se rendra compte que dans de nombreux cas les reins peuvent recouvrer leur fonctionnement normal à la suite des néphrites aiguës. Le médecin peut donc, dans ces cas, si sa thérapeutique est rationnelle, avoir l'espérance d'obtenir une guérison complète et durable ; nous allons voir qu'il n'en est pas de même dans les autres formes de néphrites.

TRAITEMENT DES NÉPHRITES SUBAIGUËS ET CHRONIQUES

Le véritable traitement des néphrites chroniques serait celui qui se proposerait pour but de guérir les lésions rénales et leur cause provocatrice.

Malheureusement, nos médications n'ont que peu d'influence sur les lésions du rein en elles-mêmes : il ne peut pas plus être question de *restitutio ad integrum* pour un rein atteint de néphrite chronique que pour une moelle dont les cordons postérieurs sont sclérosés. Toutefois, le médecin peut avoir l'espérance d'enrayer l'évolution des lésions rénales, en supprimant la cause productrice de la néphrite. Qu'il s'agisse par exemple d'un saturnin jeune encore et qui présente de l'albuminurie intermittente ou même permanente, si son cœur hypertrophié ne s'est pas encore laissé dilater, s'il n'existe aucun symptôme pouvant faire redouter l'apparition imminente des crises d'urémie, en un mot si les lésions rénales sont bien compensées, on peut espérer qu'en supprimant la cause de l'intoxication saturnine, on entravera la marche progressive de la néphrite. Comme on sait d'ailleurs, d'après les travaux de Cornil, Brault, Chauffard, que cette néphrite est le plus souvent parcellaire, et comme, d'autre part, M. Chauffard a montré que dans l'évolution des néphrites chroniques il se faisait de l'hypertrophie compensatrice dans les lobules rénaux voisins de ceux qui sont lésés, on peut pour cette double raison entrevoir la possibilité d'une guérison relative des lésions rénales. Ces malades peuvent vivre très longtemps sans aucun trouble rénal, absolument comme les tuberculeux qui ont pour toute lésion au sommet de leurs poumons des tubercules créta-cés, n'éprouvent aucune gêne respiratoire, ou comme les malades qui ont au sein de leur tissu hépatique un kyste hydatique arrêté dans son évolution, n'éprouvent aucun symptôme d'insuffisance hépatique. C'est que les parties saines du poumon suppléent aux sommets qui sont sclérosés, et que la partie du foie non envahie par le kyste hydatique s'hypertrophie pour remplacer le segment détruit. De même dans les néphrites chroniques arrêtées dans leur évolution, dans les néphrites parcellaires, il peut être question de guérison complète, en ce sens que les parties non lésées des reins suppléent fonctionnellement les lobules altérés.

La première indication à remplir dans le traitement des néphrites

chroniques, sera donc d'en rechercher la cause, afin de la supprimer si c'est possible, ou tout au moins d'en amoindrir les effets. C'est ainsi que l'on peut agir chez un saturnin, chez un syphilitique sur lequel on a de l'action par le traitement hydrargyrique et ioduré. De même, quand on se trouve en présence d'un goutteux, on peut entraver la néphrite dans sa marche ou tout au moins en ralentir l'évolution, en soumettant le malade à un régime destiné à réduire au minimum la formation de l'acide urique et à en restreindre l'élimination par le rein.

Cette thérapeutique pathogénique est possible dans quelques cas rares, mais le plus souvent on n'arrive pas à découvrir la cause de la néphrite; ou bien encore elle remonte à une infection ancienne, sous l'influence de laquelle le rein a subi une grave modification qui continue à évoluer, malgré la disparition de la cause première. Dans ces conditions — et c'est malheureusement le cas le plus fréquent — on en est réduit à une médication guidée par les seules indications cliniques.

Il semble, en effet, que, même au point de vue thérapeutique, on doive de toute nécessité établir une classification des néphrites chroniques, car, selon les formes, le traitement à suivre est tout à fait différent. Mais, devant rester entièrement sur le domaine de la pratique journalière, nous ne voulons pas, sous prétexte d'établir une classification commode au point de vue thérapeutique, reprendre les discussions stériles sur les néphrites parenchymateuses et interstitielles; nous ferons remarquer, d'ailleurs, que dans cette étude nous avons évité d'employer les termes qui n'ont pas en clinique une signification précise et notamment l'expression de mal de Bright que chaque auteur comprend à sa façon: à notre avis, tous ces termes et les nombreuses discussions qui ont eu lieu à leur sujet n'ont fait que nuire à la compréhension clinique des néphrites. Toutefois, comme, pour la clarté de notre étude thérapeutique, il nous faut faire forcément des divisions, nous nous en tiendrons aux trois grands types suivants, basés sur la clinique et dont chacun mérite une thérapeutique particulière:

1° Les *néphrites subaiguës diffuses* tiennent pour ainsi dire le milieu entre les néphrites aiguës et chroniques: nous réunissons sous cette appellation tous les malades qui présentent une albuminurie très abondante avec diminution considérable des urines, anasarque rapidement généralisée. L'évolution est ordinairement rapide: l'affaiblissement général de l'organisme, la cachexie, terminent le tableau bien plus souvent que les accidents urémiques proprement dits.

2° Les *néphrites parcellaires* constituent un type clinique qu'il est essentiel de mettre en lumière au point de vue thérapeutique. Il s'agit

de malades qui paraissent très bien portants et dont le seul symptôme morbide consiste dans une albuminurie, d'ailleurs peu marquée, sans aucun signe d'intoxication urémique, ni d'insuffisance cardiaque. Peu nous importe qu'on donne à ce type clinique le nom d'albuminuries minima avec M. Talamon, d'albuminuries cicatricielles avec M. Bard (de Lyon), d'albuminuries résiduelles avec M. Lépine, ou de néphrites parcellaires avec MM. Cuffer et Gastou. Le point essentiel, c'est que nous connaissions les caractères qui permettent d'affirmer l'existence de cette forme clinique et que nous sachions comment la combattre.

3° Nous étudierons enfin les *néphrites atrophiques lentes*, dont le type clinique est bien facile à dépister; il s'agit toujours de malades qui présentent toute la gamme des petits signes de l'insuffisance rénale, et qui, de plus, ont au grand complet le syndrome urinaire et le syndrome cardiaque des néphrites chroniques. Syndrome urinaire, c'est-à-dire: pollakiurie, urines très abondantes, peu denses, peu toxiques, peu riches en urée et en matériaux fixes; élimination retardée et prolongée du bleu de méthylène; absence de la glycosurie phlorizique. Syndrome cardiaque, c'est-à-dire: hypertrophie du cœur, bruit de galop gauche et hypertension artérielle. Cette forme de néphrite chronique est de beaucoup la plus fréquente, aussi nous étendrons-nous longuement sur les traitements médicamenteux et surtout sur l'hygiène alimentaire et corporelle qu'elle nécessite.

I. — NÉPHRITES DIFFUSES SUBAIGUËS.

Le type clinique de ces néphrites est très spécial: il s'agit de malades qui urinent très peu, mais dont les urines sont suffisamment riches en matériaux fixes et, de plus, très chargées en albumine.

Ils ont de l'anasarque généralisée. Leur cœur est, presque dès le début, dans un état voisin de l'asystolie: ses battements sont faibles, et par suite le pouls est mou et sans énergie, ce qui contraste avec la forte impulsion cardiaque et l'hypertension artérielle de la néphrite atrophique lente. En même temps, le malade, pâle, anémié, sans forces, s'achemine peu à peu vers une sorte de marasme, de cachexie anémique, qui semble, chez lui, constituer un bien plus grand danger que l'insuffisance rénale elle-même.

Les vérifications anatomiques ont montré que, dans cette forme clinique, les lésions rénales sont étendues à la totalité des deux reins, au lieu d'être parcellaires, et portent principalement sur les épithéliums.

Enfin, la clinique nous montre que la déperdition des forces est