

telle qu'elle nécessite à elle seule une intervention thérapeutique spéciale.

Le traitement de choix de ces formes de néphrite serait donc celui qui pourrait modifier les épithéliums rénaux, suppléer par l'opothérapie aux fonctions du rein considéré comme glande vasculaire sanguine, s'opposer à la déperdition progressive des forces, due à l'élimination abondante des albuminoïdes.

**Médicaments modificateurs des lésions rénales.** —

Avant d'employer au cours des néphrites diffuses un médicament énergique ayant pour but d'agir sur les lésions des épithéliums du rein, il faut être absolument sûr que la perméabilité rénale est au moins normale. Depuis les constatations de M. Bard (de Lyon), qui a noté l'existence d'une perméabilité rénale exagérée au cours de certaines néphrites épithéliales, certains auteurs et notamment M. Léon Bernard ont cru pouvoir généraliser cette donnée et admettre que toutes les néphrites diffuses s'accompagnaient d'une perméabilité rénale exagérée.

Ils en concluent que l'on peut employer chez les individus qui en sont porteurs certains médicaments pour lesquels on avait fait une contre-indication du danger que pouvait présenter leur défaut d'élimination.

Cette conclusion serait très juste si, en effet, la perméabilité rénale était normale ou augmentée dans tous les cas de néphrite diffuse; mais il n'en est pas ainsi et M. Achard a pu observer, comme nous l'avons fait nous-même, des malades répondant très nettement à ce type clinique de néphrites et présentant cependant une diminution notable de la perméabilité rénale. On ne devra donc pas, en présence d'une néphrite diffuse, s'empressez d'affirmer que le rein est très perméable; on devra, avant d'employer les médicaments que nous allons indiquer, chercher, par les épreuves classiques, quel est l'état fonctionnel du rein. Cette recherche présente un intérêt capital, en raison des intoxications que l'on pourrait produire, si le filtre rénal éliminait mal les médicaments absorbés.

Nous avons étudié, lorsque nous avons envisagé la thérapeutique générale des néphrites, l'action des médicaments qui se proposent de modifier l'épithélium rénal; nous nous contenterons donc de rappeler que, dans cette forme, ceux qui ont été le plus conseillés sont les sels de mercure et notamment le calomel: De Renzi a rapporté des observations desquelles il résulte que le calomel a fait disparaître les signes d'une néphrite diffuse, et notamment une hydropsie considérable, alors que les autres médicaments, le régime lacté notamment, n'avaient produit aucune amélioration. C'est également contre les lésions correspondant à ce type clinique que Lan-

cereaux a préconisé l'emploi de la teinture de cantharides à l'intérieur; à plusieurs reprises, il a vu une diurèse abondante suivre son administration et il a constaté la disparition d'anasarques généralisées qui avaient résisté à l'emploi des drastiques ordinaires. On pourra de même essayer les différents médicaments que nous avons signalés dans notre premier chapitre, comme ayant une action sur les lésions rénales.

Mais si l'on essaye l'un quelconque de ces médicaments actifs, il faudra non seulement être renseigné sur la perméabilité rénale; mais, de plus, surveiller avec soin l'action que produit la médication sur le rein et la supprimer au bout de quelques jours si l'albuminurie augmentait ou si la quantité d'urine excrétée diminuait.

**Opothérapie rénale.** — C'est Brown-Séguard qui, en étudiant les organes à sécrétion interne, a posé le premier les principes de la médication opothérapique; pour les affections du rein en particulier, le savant physiologiste avait, dès 1893, indiqué comment elles pourraient être conjurées par un emploi rationnel d'extrait rénal. Partant de ce fait clinique, à savoir que dans les cas d'anurie calculeuse le malade peut rester dix à quinze jours sans uriner et sans avoir cependant d'accidents urémiques, tandis que dans l'anurie due aux néphrites les accidents éclatent au bout d'un ou deux jours, Brown-Séguard pensait que la survie plus longue du premier cas était expliquée par ce fait que seule la sécrétion externe était supprimée, tandis que l'interne était intacte. Les accidents dus aux néphrites pourraient donc, de ce fait, être classés en trois types. Le premier correspond à la suppression des fonctions internes et externes du rein: c'est l'urémie à brève échéance et avec symptômes immédiatement graves; tel est le tableau clinique que l'on observe après ablation expérimentale des deux reins. Dans le deuxième type, la sécrétion interne fait défaut, l'externe existant plus ou moins complètement: ici les phénomènes urémiques ne sont pas forcément proportionnés à la quantité et à la composition des urines; ce qui fait l'urémie, ce n'est pas l'ischurie, mais l'absence de sécrétion interne: c'est le cas des néphrites ou des affections rénales s'accompagnant d'une destruction étendue du parenchyme rénal. Dans le troisième type enfin, la sécrétion externe manque seule, l'interne persistant entièrement; tels sont les cas d'anurie calculeuse et d'anurie réflexe sans lésions de l'épithélium rénal.

Ces trois types d'urémie que décrivait Brown-Séguard sont un peu schématiques et malheureusement, en clinique, il est difficile de reconnaître quels symptômes sont sous la dépendance des lésions de la glande rénale, quels autres sous la dépendance de l'imperméabilité. M. Léon Bernard, reprenant les idées de Brown-Séguard, a

de nouveau essayé d'établir dans les symptômes des néphrites un double syndrome répondant l'un aux lésions du filtre, l'autre à celles de la glande.

Malheureusement aucune considération clinique ni expérimentale ne permet d'accepter d'une façon définitive les divisions proposées par Brown-Séguard, puis par M. Léon Bernard, si bien qu'en somme, à l'heure actuelle tout au moins, le traitement opothérapique a bien donné lieu à des essais thérapeutiques heureux quelquefois, mais ses indications ne sont pas précises.

C'est le professeur Dieulafoy qui, le premier, en 1892, employa des injections de néphrine dans un cas d'oligurie survenue au cours d'une néphrite chronique. La sécrétion urinaire interrompue depuis cinq jours reparut après les injections de néphrine, et en même temps une amélioration assez notable survint dans l'état du malade; il sortit de sa torpeur et put prendre du lait, mais l'amélioration ne fut que transitoire et il mourut. M. Dieulafoy dit avoir constaté qu'après chaque injection de néphrine, après les premières surtout, l'ensemble des symptômes était heureusement modifié.

MM. Teissier et Frenkel ont appliqué systématiquement au traitement de l'urémie les injections de néphrine, et ils rapportent en détail deux cas, dans lesquels les malades se trouvèrent améliorés pendant un certain temps par le traitement; en même temps, on constatait une élévation notable du chiffre de l'urée et des phosphates, ainsi que du coefficient urotoxique. Les auteurs citent un troisième cas, concernant une malade affectée du mal de Bright, qui, à cinq reprises différentes dans l'espace de quinze mois, a pu, par cette médication, être rappelée à la vie, alors que les accidents de l'intoxication paraissaient irrémédiables.

Genin a employé les injections de néphrine dans un cas d'oligurie très prononcée, survenue au cours d'une néphrite chronique. L'urine se releva progressivement, pour retomber ensuite à des quantités minimales, dès qu'on cessa le traitement.

M. Gilbert a obtenu chez deux malades une diminution de l'albuminurie (3 grammes au lieu de 6 grammes, dans un cas), avec amélioration de l'état général. Cette amélioration ne se maintint pas.

Concetti, chez des enfants, observa, par l'opothérapie rénale, une diminution graduelle de l'albuminurie, une augmentation de la diurèse et une amélioration considérable de l'état général.

Schiperowitsch (de Saint-Petersbourg) a donné de la néphrine à trente-cinq malades; dans 40 pour 100 des cas, l'albumine aurait disparu de l'urine et, le plus souvent, l'état général et les symptômes urémiques auraient été rapidement améliorés, tandis que la suspen-

sion de la médication aurait toujours amené un retour offensif des accidents.

A côté de ces résultats probants, nous devons citer ceux des résultats négatifs qui ont été publiés. Picchini a expérimenté les extraits rénaux glycerinés, dans trois cas de néphrite chronique et dans un cas de néphrite gravidique: les résultats thérapeutiques ont été nuls; aucune des manifestations de la néphrite (état général, œdème, composition de l'urine) n'a été influencée par le traitement.

Nous avons observé, avec M. Chauffard, trois cas de néphrite diffuse, dans lesquels nous avons essayé, sans aucune amélioration appréciable, le traitement opothérapique; l'anasarque, l'albuminurie et la cachexie progressive, qui étaient les symptômes prédominants, persistèrent malgré l'usage de la néphrine.

La seule conclusion que l'on peut tirer des observations que nous venons de rapporter, au sujet du traitement opothérapique des néphrites, est qu'à l'heure actuelle, il n'y a aucune donnée fixe au sujet des cas dans lesquels on doit employer la néphrine, non plus qu'au sujet des résultats thérapeutiques obtenus. Le professeur Dieulafoy croit que c'est dans les oliguries et les anuries des brightiques que l'on doit faire appel à la néphrine. M. Léon Bernard pense qu'il faut réserver ce traitement pour les cas de néphrites parenchymateuses. Pour notre part, il nous semble, d'après notre expérience personnelle, que c'est dans les cas de néphrite au début que l'on doit faire appel au traitement opothérapique. D'ailleurs, nous ne faisons qu'appliquer au rein les notions qu'ont mises en relief MM. Gilbert et Carnot, au sujet de l'opothérapie hépatique. Ces auteurs ont montré que, pour obtenir quelques résultats de ce traitement, il ne faut l'appliquer ni aux déchéances suraiguës du foie, ni aux lésions anciennes et avancées; la glande ne doit pas être très altérée, de façon à pouvoir réagir à l'excitant spécifique que l'extrait de foie constitue à son égard. De même, nous croyons que la néphrine ne doit pas être considérée comme le traitement de l'urémie, ni des dégénérescences profondes du rein; c'est dans les néphrites légères que l'extrait rénal doit être employé; il est destiné, dans ces conditions, à exciter le fonctionnement des épithéliums restés encore sains.

**Traitement de l'anasarque et de la cachexie.** — Au cours des néphrites diffuses, le danger provient beaucoup plus de la tendance à la cachexie que de l'imperméabilité rénale; il faut donc lutter contre la déperdition des forces provenant de l'élimination abondante des albuminoïdes, et cependant, d'un autre côté, on est obligé de combattre l'anasarque, c'est-à-dire de soustraire à l'orga-