

remède le plus efficace consiste dans l'injection sous-cutanée de 1 centigramme de chlorhydrate de morphine.

La guérison de la crise obtenue, le malade ne doit pas rester exposé à la possibilité d'une nouvelle crise; les mesures d'hygiène et de prophylaxie ne sont pas suffisantes; on aura recours à la fixation du rein par un bandage ou, mieux, par l'opération de la néphrorraphie.

Si le rein déplacé se trouve fixé en une position vicieuse par des adhérences inflammatoires, l'*hydronéphrose* devient permanente. Elle relève alors exclusivement de la chirurgie (voir p. 76).

Pyonéphrose. — L'infection des voies urinaires peut atteindre le bassin et donner lieu à une *pyonéphrose*.

En général, la pyonéphrose ne s'installe pas d'emblée; elle succède à l'hydronéphrose. Cette complication peut céder au rétablissement du cours des urines; la fixation chirurgicale du rein est donc indiquée. Mais, si cette opération se montre insuffisante, si la pyonéphrose persiste, il faut recourir, si celle-ci est unilatérale, à la néphrectomie.

Le rein mobile peut être le siège de *tumeurs* bénignes ou malignes, dont le diagnostic est rendu très difficile par la situation anormale de l'organe; dans ce cas, la néphrectomie est indiquée.

Le rein mobile prédispose à la *lithiase urinaire*. Les urines des malades atteints de néphroptose doivent donc être surveillées à cet égard, et dès qu'on pourra soupçonner l'existence de la lithiase, le traitement propre à cette affection sera institué.

Enfin, l'*albuminurie intermittente* qui accompagne parfois le rein mobile nécessite un régime spécial.

Marcel LABBÉ.

URÉMIE

Indications pathogéniques générales. — Sous le nom d'*urémie*, on a décrit les accidents morbides les plus complexes, au point de vue clinique et pathogénique.

Au point de vue clinique, on a classé les accidents urémiques sous des formes très variées selon qu'ils surviennent d'une façon aiguë ou chronique, ou qu'ils dénotent un fonctionnement anormal de tel ou tel système organique (nerveux, pulmonaire, gastro-intesti-

nal). C'est dire que les formes cliniques de l'urémie ont été multipliées à plaisir, et que tout médecin qui examine soigneusement un urémique peut, en se fondant sur un caractère anormal, décrire une nouvelle forme et c'est ainsi qu'à côté des grandes formes classiques, on a décrit des formes articulaire, tétanique, etc., qui ne se distinguent des autres que par l'existence d'un symptôme prédominant.

Au point de vue pathogénique, l'urémie est tout aussi complexe: depuis les travaux du professeur Bouchard et de ses élèves, il est classique de dire que l'urémie est causée par tous les poisons de l'urine, qui ont des actions extrêmement variées sur l'organisme. On admet même que chacun de ces poisons peut agir à l'exclusion des autres, la rétention ne se faisant pas également pour tous, et d'après M. Le Gendre, « il est vraisemblable que la pluralité des formes cliniques dépend de la nature des poisons non éliminés, de la prédominance de tels ou tels ». Cette complexité pathogénique de l'urémie est encore plus marquée, si l'on considère que tous les poisons introduits dans l'organisme ou formés dans son intimité peuvent contribuer à causer l'urémie. Nous voulons dire que, sur deux malades ayant des lésions rénales identiques, l'un fera une crise d'urémie parce qu'il aura ingéré des substances toxiques (viande, bouillon), ou bien parce qu'il sera la proie d'une légère infection surajoutée, telle que la grippe, ou bien parce que, sous l'influence d'une cause quelconque, il se sera formé une grande quantité de produits toxiques dans son tractus gastro-intestinal; le second malade, au contraire, dont la perméabilité rénale est identique (autant qu'on en puisse juger) à celle du premier, qui retient dans son organisme la même quantité de poisons urinaires, ne présentera pas d'accidents urémiques, tant que son régime alimentaire n'introduira dans sa circulation aucun nouveau produit toxique et que son équilibre organique se maintiendra fixe.

On le voit donc, si la notion pathogénique qui fait des poisons de l'urine la cause productrice de l'urémie reste vraie, on doit être bien convaincu, au point de vue pratique, que le plus souvent s'ajoutent à ces poisons d'autres produits toxiques qui peuvent jouer le rôle prédominant dans l'apparition des accidents.

Comme corollaire, il faut bien être persuadé que si l'imperméabilité rénale est la principale cause de l'urémie, les accidents urémiques peuvent cependant éclater chez un malade atteint de néphrite, par une simple variation de régime, ou bien encore par une lésion des organes vicariants du rein, sans que l'état de la perméabilité rénale se soit modifié.

M. Huchard a, le premier, bien établi l'existence d'une urémie

toxi-alimentaire; nous croyons, pour notre part, avoir contribué à prouver, dans un mémoire auquel la Faculté a décerné le prix Saintour en 1898, qu'une lésion de la peau, des poumons ou de l'intestin, c'est-à-dire des organes vicariants du rein, suffit, alors que la perméabilité rénale ne varie pas, à produire des accidents urémiques.

Nous sommes donc loin de la pathogénie simpliste qui attribuait l'urémie à l'empoisonnement du sang par une seule substance toxique (urée, carbonate d'ammoniaque, etc.); loin même de la conception classique qui attribue les accidents de l'urémie à la rétention des seuls poisons que l'urine doit normalement éliminer, puisqu'il semble bien acquis que l'urémie peut être produite chez un malade atteint de néphrite, au moins par trois facteurs eux-mêmes très complexes: d'une part, une augmentation de l'imperméabilité du rein entraînant une rétention plus marquée des substances toxiques de l'urine; d'autre part, le fonctionnement insuffisant des organes vicariants du rein qui servent à maintenir l'équilibre dans les fonctions dépuratrices; enfin, l'introduction dans la circulation de toxines ou de poisons d'origine endogène ou exogène. Une thérapeutique rationnelle de l'urémie doit être fondée sur ces notions pathogéniques, d'où découlent logiquement les conclusions pratiques suivantes: en présence des symptômes de l'urémie confirmée, le devoir qui s'imposera au médecin sera de désintoxiquer l'organisme par tous les moyens possibles: en réduisant au minimum l'apport des substances toxiques, en augmentant la dépuration urinaire, en faisant appel aux émonctoires vicariants et, s'il est nécessaire, en soustrayant à l'organisme, par une abondante saignée, une grande quantité de poisons.

1° RÉDUIRE AU MINIMUM L'APPORT DES SUBSTANCES TOXIQUES. — Nous n'insisterons pas sur ce premier point du traitement qui ressort de ce que nous avons énoncé au cours de la thérapeutique des néphrites aiguës et chroniques. Le malade atteint d'urémie, quelle qu'en soit la forme, sera immobilisé au lit et l'on réduira son alimentation au régime lacté: 3 litres de lait, écrémé, afin de rendre sa digestion stomacale plus facile, constitueront la ration alimentaire de l'urémie. Encore, dans certains cas où les accidents gastro-intestinaux sont menaçants, verrons-nous que l'on se trouvera très bien de suivre les conseils de M. Rénon, c'est-à-dire de mettre les malades pendant plusieurs jours à la diète hydrique.

2° ACTIVER LA DÉPURATION URINAIRE. — Nous avons étudié très longuement dans les précédents chapitres l'action des médicaments qui se proposent pour but de combattre l'oligurie; nous ne ferons ici que résumer en quelques mots les indications propres au traitement de l'urémie.

Il est absolument contre-indiqué, à cette période de la néphrite, de faire usage des diurétiques qui agissent sur les épithéliums du rein. On risquerait ainsi d'augmenter les lésions et de diminuer encore la perméabilité rénale. Une très bonne méthode, au contraire, d'activer les fonctions du filtre rénal consiste à décongestionner les reins par l'application d'une dizaine de sangsues au niveau du triangle de Jean-Louis Petit. On pourra recommencer cette application toutes les semaines, si le besoin s'en fait sentir. Dans l'intervalle, ce sont les diurétiques cardiaques qui devront être employés, car le plus souvent la tonicité cardio-artérielle diminue au moment des crises d'urémie. On pourra, dans ces conditions, suivre les prescriptions du professeur Renaut (de Lyon), c'est-à-dire administrer tous les quatre jours 1 milligramme de digitaline cristallisée et dans les jours intercalaires 1 milligramme d'extrait de strophantus, jusqu'à ce que la dépuration urinaire ait repris son taux normal.

3° FAIRE APPEL AUX ÉMONCTOIRES VICARIANTS. — L'étude clinique de l'urémie a montré que les poisons urémiques peuvent être éliminés dans certains cas par le tube digestif et par la peau, sous forme de carbonate d'ammoniaque, de sueurs d'urée, etc. Le médecin doit donc essayer d'activer ces éliminations supplémentaires qui contribuent à désintoxiquer l'organisme.

A. Les *purgatifs* sont destinés surtout à faire éliminer par l'intestin une partie des substances toxiques que le rein ne peut plus excréter. Ils agissent également comme dérivatifs en décongestionnant le rein par ce fait même qu'ils activent la circulation intestinale, et comme déplétifs, en soustrayant par voie d'endosmose intestinale une grande quantité d'eau et en favorisant ainsi la résorption des épanchements. Il y aura donc intérêt à ne pas entraver les diarrhées des malades qui sont en imminence d'urémie, si toutefois ces diarrhées ne constituent pas par elles-mêmes un danger. De même, dans les cas où l'élimination intestinale n'est pas suffisante, on devra prescrire de légers purgatifs salins. Chaque semaine, ou même tous les quatre jours, dans les cas d'urémie lente, on prescrira du sulfate de soude ou de magnésie à faibles doses; ou bien encore de la scammonée en cachets de 50 centigrammes ou du séné associé au sulfate de soude, selon la formule suivante, par exemple:

Follicules de séné..... 15 grammes.
A mettre en infusion dans 200 grammes d'eau, puis ajouter :
Sulfate de soude..... 20 grammes.

Mais, quand il s'agit d'une crise d'urémie aiguë, ou encore de symptômes urémiques survenant chez un malade atteint d'un œdème