

rouges de sang, dans lequel il fait rentrer les diverses causes que nous avons déjà signalées, et deux éléments nouveaux :

a) L'excès de la désassimilation azotée, avec l'uricémie ou la gravelle oxalique;

b) La déminéralisation organique exagérée.

Dans l'hémoglobinurie brightique, le séjour au lit, le régime lacté absolu tant que l'albumine persistera dans l'urine, l'application de ventouses sur la région lombaire, formeront la base du traitement, au moment des accès.

Chez les malades présentant des troubles nutritifs caractérisés par l'excès de la désassimilation azotée, par l'uricémie, chez les sujets atteints de gravelle oxalique, un régime alimentaire sévère devra être institué.

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.

L'antipyrine, le benzoate de soude, l'arséniate de soude, le salicylate de soude (Haig) formeront la base du traitement médicamenteux. M. Robin le formule ainsi :

1° Pendant quinze jours, au réveil et un quart d'heure avant le dîner, prendre une grande cuillerée d'une solution d'arséniate de soude à 5 centigrammes pour 300 grammes d'eau distillée;

2° Trois heures après le déjeuner, une cuillerée à soupe de la potion suivante dans une tasse d'infusion de *Spiræa ulmaria* :

Benzoate de soude.....	3 grammes.
Sirop de fleur d'oranger.....	30 —
Hydrolat de tilleul.....	90 —

3° Les quinze jours écoulés, prendre pendant trois jours, une heure avant le déjeuner et le dîner, un des paquets ci-dessous :

Antipyrine.....	0 ^{gr} ,50
Bicarbonate de soude.....	0 ^{gr} ,25

Pour un paquet, n° 6. — Dissoudre dans un peu d'eau de Seltz.

4° Puis, après une semaine de repos, reprendre la première série du traitement et ainsi de suite jusqu'à disparition de l'hémoglobinurie.

Dans les cas où l'hémoglobinurie s'accompagne de désassimilation organique exagérée, M. Robin conseille d'administrer pendant

vingt à trente jours, au commencement ou au milieu des repas, un des cachets suivants :

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

F. s. a. quatre-vingts cachets.

Marcel LABBÉ.

MALADIE D'ADDISON

« Depuis 1855, époque à laquelle Addison fit connaître les relations qui existaient entre la maladie bronzée et les altérations des capsules surrénales, la thérapeutique de cette affection fut essentiellement et uniquement symptomatique¹ », et, nous ajouterons même, quelque peu empirique. Il faut en arriver aux recherches de MM. P. Langlois et Abelous² en 1892, pour qu'à une conception plus exacte de la physiologie pathologique de la maladie d'Addison corresponde une médication plus rationnelle. Est-ce à dire qu'il en soit résulté une modification sensible du pronostic, que tous les cliniciens s'accordaient à regarder comme à peu près fatal? Il y aurait quelque exagération à l'affirmer. Mais, sans compter que l'on peut légitimement espérer une guérison, qui, pour rare qu'elle soit, a été authentiquement notée, il est permis de penser que les indications pathogéniques, désormais mieux remplies, multiplieront ces cas favorables et, de toutes manières, assureront aux malades une survie plus considérable.

Que l'on admette la théorie glandulaire ou la théorie nerveuse, qu'il y ait à l'origine altération du tissu surrénal ou inhibition du sympathique abdominal, il n'en reste pas moins démontré que les symptômes observés sont le résultat de la suppression de la fonction

1. P. LANGLOIS, *Presse méd.*, 1896, n° 77, p. 481.

2. *Arch. de physiol.*, 1892, p. 269 et 465.

capsulaire. D'après MM. Abelous et Langlois, cette fonction consiste précisément dans la neutralisation ou la destruction des substances toxiques élaborées au cours des échanges chimiques et spécialement au cours du travail musculaire. C'est de la connaissance de ces faits que se déduit le traitement.

Il aura donc pour objet (Langlois) :

1° De réduire au minimum la formation des toxines d'origine musculaire;

2° De favoriser leur élimination;

3° De chercher à suppléer à l'insuffisance de la fonction surrénale.

A ces indications s'ajoute celle de détruire les foyers périphériques d'infection bacillaire (gommés de la peau, tuberculoses locales diverses) dans les cas où l'on suppose que la maladie d'Addison est le résultat de la tuberculisation secondaire des capsules. Disons tout de suite, pour n'y plus revenir, que l'on ne fait ici que suivre la règle générale en pareille matière. Des guérisons ont pu être ainsi obtenues, surtout lorsque la maladie bronzée paraissait être le résultat de la propagation ascendante d'une tuberculose testiculaire aux glandes surrénales. La résection du testicule malade a mis fin aux accidents addisoniens (Cervellini)¹.

Mais revenons à l'examen des trois indications cardinales que nous avons énumérées.

I. — La première est remplie par le repos absolu au lit. La lecture des observations est, sur ce point, particulièrement suggestive. Elle montre les funestes effets de la fatigue chez les addisoniens. L'aggravation des symptômes, la mort même survient quelquefois avec une extrême rapidité à l'occasion de la reprise du travail musculaire. Cette nécessité du repos est encore commandée (Daremberg) par les lésions tuberculeuses pulmonaires qui fréquemment coïncident avec les lésions capsulaires. Comme pour les phthisiques purs, cette cure de repos sera poursuivie avec avantage dans l'air, à condition d'éviter, avec encore plus de soin, les refroidissements périphériques.

Il sera fréquemment impossible d'obtenir des malades une cessation aussi absolue des mouvements. En tout cas devra-t-on leur interdire les efforts prolongés ou continus, en n'hésitant pas au besoin à leur faire entrevoir les conséquences fatales que pourrait avoir pour eux l'infraction à cette règle.

II. — Il faut en second lieu favoriser par tous les moyens l'élimination des toxines que les capsules neutralisent ou détruisent insuffisamment. La peau, l'intestin, le rein sont les voies normales de

1. *Riforma med.*, 1896, n° 154, p. 38.

cette élimination. Assurez donc les fonctions des téguments par des bains tièdes, des frictions à l'eau de Cologne ou à l'alcool (évités les frictions sèches qui peuvent provoquer l'albuminurie). Si l'état du malade le permet, recourez avec prudence aux bains de vapeur. Favorisez la diurèse en instituant le régime lacté lorsque l'anorexie le permet : c'est dans ces cas que le lait pancréatinisé peut rendre de grands services. Employez comme adjuvants ou succédanés le lactose (40 grammes pour 1 litre d'eau de Vittel ou d'Évian), les injections de sérum artificiel, la sinapisation de la région lombaire. M. P. Langlois recommande, concurremment avec le régime lacté, la théobromine à la dose de 1 à 2 grammes par jour, pendant quatre à cinq jours suivis d'une période de repos.

La constipation devra être naturellement combattue ; mais d'après Greenhow il faut éviter les purgatifs qui peuvent provoquer une diarrhée incoercible. Les décoctions fraîches de céréales avec addition de glycérine seront employées avec profit.

Les cardio-toniques, tels que la caféine, la digitaline, le strophanthus, pourront trouver leurs indications ; néanmoins la caféine a été accusée de favoriser la production des toxines en augmentant le tonus des muscles (P. Langlois). Le strophanthus, qui en même temps agit sur l'intestin et le rein, paraît donc le médicament de choix.

III. — Reste l'indication causale qui est de suppléer à l'insuffisance de la fonction capsulaire. On cherche à remplir cette indication en administrant aux malades des extraits surrénaux par la voie sous-cutanée (greffe ou injection), la voie gastrique ou la voie rectale. Quelle est d'une façon générale la valeur de ce traitement ? Quel est le meilleur mode de l'administrer ? C'est ce que nous examinerons brièvement.

Ce sont les succès obtenus par l'opothérapie thyroïdienne qui ont conduit à tenter l'opothérapie surrénale. En fait, l'expérimentation, si démonstrative pour le corps thyroïde, l'est infiniment moins pour les capsules surrénales. MM. Abelous et Langlois ont à peine obtenu chez les animaux acapsulés une légère survie par l'injection intra-veineuse d'extraits surrénaux. De plus nous ignorons encore par quel mécanisme s'opère la neutralisation des toxines, en particulier des musculotoxines : M. P. Langlois suppose que c'est par un processus d'oxydation. La médication organique manque donc d'une base physiologique certaine. C'est ce qui explique son insuccès relatif en clinique.

Depuis le premier essai fait dans le service de M. Bouchard par MM. Abelous, Charrin et Langlois en 1892 jusqu'à nos jours, les observations se sont multipliées et elles sont en assez grand nombre aujourd'hui pour qu'on puisse porter un jugement sur la valeur de l'opothérapie surrénale.