

mine qui est généralement fort élevé dans cette variété de néphrite. C'est au *traitement mercuriel* qu'il faut avoir recours immédiatement, dès que l'origine syphilitique est reconnue, sans craindre les accidents hydrargyriques, que certains médecins redoutent en pareil cas, en raison de l'imperméabilité rénale. Si l'on surveille la bouche des malades, si l'on a soin, avant d'instituer le traitement, de faire nettoyer les dents, et si l'on prescrit ensuite l'usage d'un gargarisme antiseptique, on peut administrer le mercure *larga manu*, soit par la bouche, soit en frictions. Au bout de peu de jours on voit diminuer sensiblement l'albuminurie qui avait résisté au régime lacté; on peut même alimenter les malades sans que le régime mixte retarde la guérison. Les excellents résultats obtenus avec le traitement mercuriel prouvent combien est erronée l'opinion soutenue autrefois par Walls, Blackale, Gregory, qui mettaient l'albuminurie observée chez les syphilitiques sur le compte du traitement mercuriel: d'ailleurs cette albuminurie survient souvent chez des malades vierges de tout traitement. Il est nécessaire de poursuivre ce traitement pendant longtemps, souvent pendant plusieurs mois, en l'interrompant de temps à autre. Si la néphrite a été traitée dès le début, on voit l'albuminurie et tous les symptômes de néphrite disparaître totalement: la néphrite ne passe à l'état chronique que si le traitement a été institué tardivement et que des lésions irréparables de sclérose rénale ont eu le temps de se produire. L'iode de potassium que Mauriac a préconisé paraît cependant n'avoir qu'une influence peu marquée sur la néphrite syphilitique secondaire.

#### MAL DE BRIGHT

Sous le nom de mal de Bright on réunit toutes les dégénérescences du rein à processus évolutif chronique: néphrite à prédominance parenchymateuse, néphrite du type interstitiel, néphrite amyloïde des tuberculeux et des syphilitiques, etc.

Lorsque le mal de Bright n'est pas une séquelle d'une infection antérieure, remontant souvent à plusieurs années, ou la conséquence d'une infection actuelle à évolution lente (tuberculose, par ex.), il est dû, soit à une intoxication comme le saturnisme, soit à une auto-intoxication prolongée par les substances servant à l'alimentation. La clinique nous donne journellement la preuve de l'influence nuisible exercée par une alimentation vicieuse et par l'élaboration vicieuse des aliments; l'expérimentation en a fourni des preuves convaincantes, en montrant que des matières extractives comme la tyrosine, la créatine, etc., peuvent provoquer des altérations rénales (Gaucher); ces faits concordent bien avec la fréquence reconnue de l'albuminurie chez les dyspeptiques (Harbez, Johnson).

De la notion de cause, on ne peut guère tirer de conclusions intéressantes au point de vue prophylactique, car on ne peut éviter les maladies infectieuses, et lorsqu'on a soumis les malades qui ont eu de l'albuminurie pendant la période fébrile à un traitement de précaution par le régime lacté, au moment de la convalescence, on a épuisé tous les moyens préventifs contre le passage de la néphrite à l'état chronique. D'un autre côté, la notion de la part prise par les auto-intoxications dans la pathogénie du mal de Bright n'a qu'une portée pratique restreinte. Pour rendre le mal de Bright moins fréquent, il faudrait que chaque individu bien portant observât un régime ali-

mentaire méthodique, analogue à celui que l'on est obligé de prescrire chez les brightiques! Est-il besoin de dire que les malades seuls consentent à s'y soumettre? L'action préventive peut s'exercer utilement chez les saturnins, quand l'intoxication n'est pas trop ancienne. Si le malade abandonne à temps sa profession, la néphrite peut guérir complètement. Il en est de même des néphrites goutteuses, des néphrites calculeuses, des néphrites d'origine gastro-intestinale, quand elles sont à leur début et qu'un traitement approprié intervient à temps; mais le plus souvent le médecin arrive trop tard pour agir efficacement.

Dès que le rein est lésé, il remplit imparfaitement son rôle dépurateur et permet l'accumulation dans l'économie de produits toxiques.

Il devient imperméable plus ou moins complètement pour certains déchets de la nutrition, pour certains principes apportés par les aliments, imperméabilité élective souvent, car les chlorures peuvent être retenus alors que d'autres sels filtrent bien à travers le rein.

La rétention des chlorures, la **chlorurémie**, joue dans la pathogénie de certains symptômes du mal de Bright: œdèmes viscéraux et œdèmes périphériques, un rôle capital. Ces œdèmes, s'ils ne constituent pas toute la maladie, si théoriquement même ils peuvent être jusqu'à un certain point considérés comme un processus de défense de l'organisme, n'en présentent pas moins le danger capital pour les brightiques, le symptôme contre lequel le médecin est appelé à lutter pendant la majeure partie de la maladie, jusqu'à l'urémie terminale.

Nous verrons plus loin que s'il n'existe pas de moyens capables de modifier les épithéliums du rein, d'enrayer la sclérose interstitielle, on peut, dans une certaine mesure, soit par la diététique, soit par quelques médicaments, combattre les conséquences de l'imperméabilité rénale, c'est-à-dire provoquer l'élimination des chlorures qui s'accumulent à certains moments dans l'organisme. La déchloruration entraîne la diurèse, la diminution de l'albuminurie, etc..., rétablit en somme un équilibre de santé très voisin de la normale et qui peut persister plus ou moins longtemps suivant le degré, l'étendue des lésions.

On peut distinguer deux phases dans l'évolution du mal de Bright, comme dans celle des cardiopathies.

Dans la première, les troubles fonctionnels sont réduits au minimum; ils consistent surtout dans l'association de ces symptômes que M. Dieulafoy a fort heureusement désignés sous le nom de petits signes du brightisme; ces signes n'en ont pas moins une grande importance puisqu'ils permettent de dépister la maladie à son début.

Celle-ci présente au début une période de calme qui peut durer, suivant la nature des lésions (néphrite interstitielle ou épithéliale), un temps plus ou moins long, atteignant souvent plusieurs années. Cette période peut cependant être traversée par des incidents qui constituent des étapes de la marche en avant de la maladie. Des poussées de congestion rénale, de néphrite aiguë, surviennent sous l'influence d'écarts de régime ou bien du refroidissement: elles se traduisent alors par un ensemble de phénomènes morbides qui constitue l'urémie aiguë.

La deuxième période du mal de Bright est la période troublée, celle où les œdèmes deviennent permanents et augmentent; où le cœur se dilate; où se développe l'état cachectique résultant du mode d'alimentation et de la déperdition prolongée d'albumine; celle, enfin, où les signes d'urémie atténuée qui indiquent l'insuffisance rénale (céphalée, troubles digestifs, diarrhée, oligurie, etc.) revêtent une intensité de plus en plus grande pour aboutir à l'urémie terminale. A ce moment, la chlorurémie n'est plus qu'un des facteurs pathogéniques; il y a imperméabilité totale du rein pour toutes les substances retenues dans l'organisme.

Nous verrons plus loin que, si le traitement des deux grandes formes du mal de