

Bright (néphrite parenchymateuse et interstitielle) se confond en grande partie, il existe quelques indications spéciales à chacune de ces variétés.

Il est impossible d'aborder utilement l'étude du traitement du mal de Bright sans exposer avec quelques détails les travaux récents qui ont mis en relief l'importance du rôle pathogénique de la rétention des chlorures dans la pathogénie des œdèmes brightiques, travaux qui ont donné une orientation quelque peu nouvelle à la thérapeutique de la maladie.

C'est à M. Achard que revient l'honneur d'avoir le premier énoncé la théorie pathogénique actuelle de l'œdème brightique ainsi conçue : « Les substances non éliminées s'accumulent dans les tissus en y attirant l'eau nécessaire à leur dilution ; car, en vertu des actes régulateurs, les substances retenues, et en particulier les chlorures, ne peuvent séjourner dans l'organisme que diluées à un certain degré. »

De son côté, M. Widal a eu le mérite de tirer les conséquences pratiques de cette théorie, en montrant le rôle néfaste de la rétention des chlorures chez les brightiques, et les effets bienfaisants du régime déchloruré chez ces malades. Peu de temps avant sa première communication, M. Strauss (*Thérapie der Gegenwart*, mai 1905) avait établi que la disparition des œdèmes coïncide avec une polychlorurie et qu'il est nécessaire de prescrire un régime pauvre en sel chez les brightiques, de provoquer l'accroissement de la chlorurie au moyen de certains diurétiques : digitale, caféine, théobromine.

A l'état normal, les urines éliminent une dose moyenne de 11 à 15 grammes de chlorures par vingt-quatre heures. Cette quantité est proportionnelle à la quantité du sel contenu dans les aliments ou ajouté à titre de condiments. Le sel contenu dans les aliments qui constituent la ration moyenne ne dépasse pas 1 gr. 50 à 2 grammes et représente la *ration saline d'entretien*; le sel en excès, ajouté comme condiment, est une *ration de luxe*, sans danger peut-être pour l'organisme sain, mais susceptible de devenir nuisible dans certains cas, et notamment chez les brightiques, parce que chez cette catégorie de malades, sinon à toutes les périodes du mal de Bright, du moins à certaines d'entre elles, le rein ne peut éliminer tous les chlorures ingérés.

Nous indiquerons ultérieurement comment, à l'aide de la balance, on peut déceler la rétention des chlorures et le degré de la rétention. En effet, la rétention amène l'hydratation des tissus (œdème interstitiel, œdème périphérique), et par conséquent l'augmentation de poids du corps.

La cellule a pour le chlorure de sodium une affinité spéciale : elle retient le chlorure quand elle perd son eau. Par réciprocity, le chlorure de sodium retenu dans les tissus provoque un appel aqueux qui établit l'isotonie des tissus. Achard et Lœper ont montré que lorsqu'on fait ingérer du chlorure de sodium à un sujet en expérience la composition du sang tend à se maintenir constante, alors que les sérosités présentent une composition qui varie; c'est donc dans les tissus que sont retenues les substances dont le sang n'arrive pas à se débarrasser rapidement. La lymphe recevant des molécules en excès dans le sang augmente de tension osmotique; il se fait alors un appel d'eau qui la dilue en abaissant son taux de concentration et en augmentant son volume. Cette augmentation de volume, c'est l'œdème interstitiel, appréciable d'abord et seulement par la balance (précédème de Widal), puis perceptible au doigt et à l'œil; c'est, d'autre part, l'œdème cavitairé (hydropisie des séreuses).

En somme, l'équilibre moléculaire se rétablit, mais au prix de l'infiltration des tissus, au prix de l'œdème.

Lorsque l'œdème est périphérique, il est apparent et ce signe est d'apparence très menaçant; cependant cette hydratation du tissu cellulaire sous-cutané est relativement peu grave — Lœper a même pu dire qu'une telle localisation était providentielle.

Lorsqu'il est viscéral : œdème pulmonaire, nerveux, etc., l'œdème est beaucoup plus

grave. Les accidents viscéraux sont bien comme l'œdème périphérique, fonction de la chlorurémie, ce qui est prouvé par l'action bienfaisante du régime déchloruré.

La rétention chlorurée peut d'ailleurs se borner à la fixation du chlorure de sodium par les tissus, sans qu'il y ait production d'œdème périphérique ou viscéral. Il en est ainsi dans les maladies aiguës, la fièvre typhoïde, par exemple, où il y a rétention cellulaire du chlorure de sodium sans œdèmes (la rétention est prouvée par la décharge urinaire des chlorures qui se produit au déclin de la maladie). Pour que la rétention chlorurée s'accompagne d'œdèmes, il est nécessaire que certaines conditions secondes soient réalisées : troubles circulatoires et vices de nutrition des cellules notamment, mais il faut avant tout qu'il y ait imperméabilité rénale (Widal, Claude et Mauté). En dehors de ces conditions, un régime chloruré ne produit pas l'œdème.

Sans insister davantage sur les théories émises pour expliquer l'hyperchloruration de l'organisme, retenons, au point de vue pratique, que les tissus sont capables de fixer le chlorure de sodium, que cette fixation peut devenir le point de départ d'œdèmes (Dès 1899, Carrion et Hallion avaient réalisé l'œdème pulmonaire en pratiquant des injections intra-veineuses de solutions chlorurées concentrées).

Cette rétention est-elle absolument nuisible? Certains faits expérimentaux tendent à faire admettre que la rétention chlorurée est un véritable processus de défense de l'organisme; saturées de sels, les cellules ne pourraient fixer les substances toxiques non éliminées par le rein, que ces substances proviennent de l'auto-intoxication de l'organisme, comme dans les néphrites, ou de l'intoxication par les produits de sécrétion microbienne, dans les maladies infectieuses.

Mais, tout en admettant ce rôle antitoxique, on est obligé de combattre les œdèmes qui constituent, dans le mal de Bright et dans d'autres affections, un danger redoutable; en pratique « le sel est l'aliment avant tout dangereux pour le brightique » (Widal).

Jusqu'ici il n'a été question que de la chlorurémie et non de l'albuminurie et de la diminution de volume des urines, signes classiques des troubles de la fonction rénale dans la néphrite; or les travaux récents ont montré qu'oligurie et albuminurie sont en rapport étroit avec la chlorurémie. Quand la rétention du sel s'accroît, l'urine diminue progressivement; de même le taux de l'albumine augmente à mesure que la chlorurémie s'accroît. Il est possible que l'œdème localisé au niveau des reins joue un rôle dans l'augmentation de l'albuminurie (Widal et Javal). Inversement, quand le malade est en équation de chloruration, la quantité d'urine journalière atteint le taux moyen normal et s'y maintient; l'albumine diminue parallèlement à la déchloruration.

Cependant, pour être très fréquent, le parallélisme entre le degré de l'albuminurie et celui de la chlorurémie n'est pas constant. L'addition de sel aux aliments d'un brightique peut augmenter considérablement l'albuminurie, sans qu'il y ait augmentation de poids du corps, c'est-à-dire sans rétention d'eau (Sicard, *Soc. médicale des Hôpitaux*, 25 janvier 1905).

Ajoutons que la rétention des chlorures entraîne chez les brightiques l'élévation de la tension artérielle et que cette tension s'abaisse au contraire au cours de la déchloruration (Ambard et Beaujard).

Nous pouvons maintenant rappeler les principales expériences qui ont mis en lumière l'action du chlorure de sodium sur certains œdèmes brightiques.

Ce sont tout d'abord celles de MM. Widal et Lemierre (*Soc. méd. des hôpitaux*, 12 juin 1905).

Chez deux malades atteints de néphrite diffuse à prédominance épithéliale et soumis à une alimentation exactement fixée, Widal et Lemierre purent à volonté faire apparaître des œdèmes par l'addition au régime alimentaire d'une dose quotidienne de 10 grammes de chlorure de sodium prise en nature pendant plusieurs jours consécutifs. La suppression du chlorure supplémentaire amena la suppression de l'œdème.